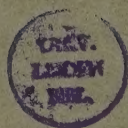


**PSYCHISCHE, SOZIALE, GYNÄKOLOGISCHE
UND SEXUELLE FAKTOREN BEI
CERVIX- UND ENDOMETRIUM-CARCINOM IM
VERGLEICH ZUM MAMMA-CARCINOM**

Disbui. München

1987

GABRIELE ESCHEU



Aus der II. Universitätsfrauenklinik der Universität München

Vorstand: Prof. Dr. H. Hepp

PSYCHISCHE, -SOZIALE, GYNÄKOLOGISCHE
UND SEXUELLE FAKTOREN BEI
CERVIX- UND ENDOMETRIUM-CARCINOM IM
VERGLEICH ZUM MAMMA-CARCINOM

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Gabriele Escheu

aus
Geisenfeld

1987

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: PROF. EICHER

Mitberichterstatter: PROF. HEPP

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter:

Dekan:

PROF. SPANN

Tag der mündlichen Prüfung:

10. 12. 1987

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

Einleitung	S. 1
Allgemeiner Teil	S. 3
Methodik	S. 15
Ergebnisse	S. 20
A. Sozialer Hintergrund	S. 20
B. Gynäkologische Anamnese	S. 28
C. Sexualanamnese	S. 34
D. Psychische Faktoren	S. 46
Diskussion	S. 58
Zusammenfassung	S. 74
Literaturverzeichnis	S. 76
Anhang: Fragebogen	

E I N L E I T U N G

Die Erforschung der Ursachen der Krebsentstehung hat in den letzten Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewonnen, denn die Malignome rangieren in den Industrienationen inzwischen an der zweiten Stelle der Todesursachen (WISCHNIK, 1979).

Aber warum erkranken gerade bestimmte Personen an Krebs und andere in vergleichbarer Lebenssituation nicht? Im Rahmen dieser Frage wird neben vielen anderen Faktoren und Risiken immer wieder der Einfluß seelischer Faktoren auf die Entwicklung von Carcinomen diskutiert.

Nun stellt sich die Frage, auf welchem Wege solche Faktoren an der Entstehung beteiligt sein bzw. den Ausbruch von Krebs induzieren könnten. Prädisponieren bestimmte Persönlichkeitsstrukturen zur Carcinomerkrankung oder verhilft die chronische Einwirkung von vor allem psychisch belastendem Streß über die Schwächung der körpereigenen Abwehrkräfte dem Krebs zum Ausbruch?

Können deutliche Unterschiede in der psychischen Konstellation zwischen den verschiedenen Carcinomarten gefunden werden? Gerade mit dieser letzten Frage will sich diese Arbeit auseinandersetzen und versuchen, die Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten anhand von drei gynäkologischen Tumoren (Cervix-, Endometrium- und Mamma-Carcinom) der Frau herauszuarbeiten.

Neben den psychischen Faktoren werden auch die soziale Situation und das Sexualleben der erkrankten Frauen miteinbezogen.

Die soziale Situation der erkrankten Frauen wird in der vorliegenden Arbeit untersucht, um die Bedeutung der sozialen Situation für das Entstehen und Fortdauern der Erkrankung zu verdeutlichen.

In diesem Kapitel soll die soziale Situation der erkrankten Frauen untersucht werden, um die Bedeutung der sozialen Situation für das Entstehen und Fortdauern der Erkrankung zu verdeutlichen.

2. THEORETISCHE EINLEITUNG

Die vorliegende Arbeit ist in drei Teile gegliedert. Der erste Teil enthält die theoretische Einleitung, der zweite Teil die empirische Untersuchung und der dritte Teil die Zusammenfassung.

Im ersten Teil wird die Fragestellung der Arbeit dargestellt. Es geht um die Frage, inwieweit die soziale Situation der erkrankten Frauen mit dem Entstehen und Fortdauern der Erkrankung zusammenhängt. Die Fragestellung wird in drei Hypothesen formuliert.

Die Hypothesen sind: 1. Die soziale Situation der erkrankten Frauen ist mit dem Entstehen der Erkrankung zusammenhängend. 2. Die soziale Situation der erkrankten Frauen ist mit dem Fortdauern der Erkrankung zusammenhängend. 3. Die soziale Situation der erkrankten Frauen ist mit dem Ausmaß der Erkrankung zusammenhängend. Die Hypothesen werden in der empirischen Untersuchung überprüft. Die Ergebnisse der Untersuchung werden im dritten Teil zusammengefasst.

Im Laufe der Jahre brach allerdings das Gebäude aus Reaktionsbildung und Kompensation, das sie sich errichtet hatten als Schutz, zusammen.

In den Untersuchungen von BAHNISON traten dann einige Jahre später die ersten klinischen Symptome der Krankheit auf.

Wie bereits erwähnt; kann man diese Entwicklung nicht auf die Krebserkrankung beschränken, sie kann auch auf alle anderen Krankheiten zutreffen. Es ist allerdings noch nicht geklärt, warum bestimmte Personen an Krebs erkranken, andere aber nicht, und warum bestimmte Personen an einer bestimmten Krebsart erkranken.

Der zweite Hypothesenkomplex, der sich mit den psychischen Faktoren auseinandersetzt, beschreibt bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, die für bestimmte Carcinome typisch sein sollen. Man kann nun unterscheiden zwischen Merkmalen, die man ganz allgemein bei Carcinompatienten feststellen kann und solchen, die für bestimmte Carcinome typisch sein sollen.

RIGONI-STERN hat schon 1842 darauf hingewiesen, daß Nonnen kaum an Cervix-Carcinom erkranken, wohl aber häufiger an Mamma-Carcinom. Diese Beobachtungen wurden von GAGNON aufgegriffen, wobei er statistisch belegte, daß Cervix- Carcinom bei Nonnen eine Rarität ist.

Schon GALEN und HIPPOKRATES sollen das Mamma-Carcinom besonders Personen mit melancholischem Temperament



zugeordnet haben. Aus den Untersuchungen der Arbeiten von EICHER und Mitarbeiter (1977 - 1981) ergibt sich folgendes Bild: Beim Cervix-Carcinom wurde gefunden, daß Trennungserlebnisse im Kindes- und Erwachsenenalter, durch Tod eines Elternteils oder Ehescheidung, statistisch signifikant gehäuft vorkommen. Cervixcarcinompatientinnen waren vor der Erkrankung statistisch im Kollektiv gesehen sexuell aktiver. Die durchschnittliche Partnerzahl lag signifikant höher, die Kohabitarache früher, und die Frauen hatten mehr Kinder. Die Zahl der ungewollten Schwangerschaften und die Zahl der sogenannten Mußehen war größer. Es bestand im allgemeinen ein stärkeres sexuelles Verlangen (Libido) und eine größere Orgasmuskapazität vor der Erkrankung. Von der Persönlichkeitsstruktur handelte es sich um triebhaftere, impulsivere Frauen, die weniger Überich-kontrolliert sind und denen daher die zum Orgasmuserlebnis notwendige Ichregression leichter gelingt. Auch beim Mamma-Carcinom hatten mehr Frauen ein Elternteil vor dem 20. Lebensjahr verloren. Ein vermehrtes Auftreten von Depression und Dysphorie vor der Erkrankung wurde beobachtet, was auf die Persönlichkeitsstruktur dieser Patientinnen zurückgeführt wurde. Dysmenorrhoe und Hypermenorrhoe kamen signifikant häufiger vor, was auch als Rollenfindungskonflikt interpretiert werden könnte. Die Frauen mit Mamma-Carcinom waren auch häufiger kinderlos und

sexuell mehr gehemmt als die Gruppe der Cervixcarcinom-Patientinnen. Die Gruppe der Mammacarcinompatientinnen stand der des Endometriumcarcinoms näher und war konträr, wie die letzteren zum Cervixcarcinom.

Unter den Risikofaktoren für das Endometriumcarcinom waren neben den metabolischen Störungen (Diabetes mellitus, Adipositas, Hypertonus) eine geringere Kinderzahl und Kinderlosigkeit, eine später eintretende Menopause und eine relative Infertilität zu beobachten. Auch die Endometriumcarcinompatientinnen neigten wie die Mammacarcinompatientinnen schon vor der Erkrankung häufiger zu Depressionen.

EICHER und HERMS (1981) folgern, daß sich Krebspatientinnen von Gesunden hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsfaktoren und ihres Verhaltens unterscheiden. Ihre epidemiologischen Untersuchungen, die für das Cervixcarcinom, das Mammacarcinom und das Endometriumcarcinom unterschiedliche Persönlichkeitsmuster und bevorzugte Verhaltensweisen erkennen ließen, waren jedoch retrospektive Erhebungen, weshalb die Autoren darauf hinweisen, daß sie sicher auch sekundär aus der Erkrankung entstehende Faktoren einschließen. Obwohl die Autoren aus der Vielzahl und Spezifität der Unterschiede der Meinung sind, daß es sich um prämorbidie Faktoren handelt, stellen sie die Frage, ob es erlaubt ist, auch bei einer statistisch signifikanten Häufung von Unterschieden von Risikofaktoren

zu sprechen. Sie weisen darauf hin, daß entgegen den von ihnen dargestellten Faktorenclustern es auch, wenn auch selten, Frauen mit Cervix-Carcinom gibt ohne oder mit nur sehr weniger sexueller Erfahrung und Frauen mit Mamma-Carcinom mit großer sexueller Erfahrung und vielen Kindern sowie ohne Hinweis auf Depressionen. Sie betonen, daß es keinen einzigen Beweis gibt, sondern lediglich Hinweise dafür, daß konstitutionelle und psychosomatische Faktoren eine Rolle in der Carcinogenese spielen könnten. Da es erkrankte Personen mit völlig konträren Kriterien gibt, sei es insbesondere nicht erlaubt, aus der Erkrankung heraus auf das Verhalten oder die Persönlichkeitsstruktur der Patientin zu schließen.

MEERWEIN hat in seiner " Einführung in die Psycho-Onkologie " eine knappe Aufstellung der verschiedenen Charakteristika und ihre eventuelle Zuordnung zu bestimmten Carcinomen geboten. An Persönlichkeitszügen, die allgemein bei Carcinompatienten gehäuft beobachtet werden können, hebt MEERWEIN vor allem die " Verleugnung und Verdrängung " als Abwehrmechanismus, die " verminderte Gefühlsabfuhr ", den " verminderten Ausdruck von Ärger und Wut ", die " Selbstaufopferung und Selbstbeschuldigung ", die " Autoritätsgläubigkeit ", " flache, verwundbare zwischenmenschliche Beziehungen ", das " hohe ethisch-moralische Selbstkonzept " sowie die " Neigung zu Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung " hervor.

Zusammenfassend kann man sagen, daß diese Patienten ein Defizit in der emotionalen Aufarbeitung ihrer Umwelt und ihrer Lebensumstände aufweisen, was zu mangelndem Selbstbewußtsein und ängstlichem Abwarten führen kann. Auch im zwischenmenschlichen Bereich haben sie große Probleme, ihre Persönlichkeit verwirklichen zu können.

Den Patientinnen mit Mammacarcinom schreibt MEERWEIN auch noch " Opferbereitschaft ", " sexuelle Zurückhaltung ", eine " gestörte Mutterrolle ", eventuell eine " masochistische Charakterstruktur " sowie die " Neigung zu Depressionen " zu.

Beim Cervixcarcinom hebt er vor allem die " schlechte sexuelle Anpassung ", die " Ablehnung der weiblichen Rolle " sowie die Neigung zu " Perfektionismus " hervor. Auf den Einfluß der Sexualität wird in einem späteren Abschnitt noch eingegangen; bei beiden Carcinomen ist aber ein Rollenfindungskonflikt zu finden - bei den Mammapatientinnen bezieht er sich auf die Rolle als Mutter und bei den Cervixpatientinnen auf die Rolle als Frau.

2. EPIDEMIOLOGISCHE DATEN

Die Altersverteilung beim Cervixcarcinom zeigt laut SCHMIDT-MATTHIESEN, daß der Häufigkeitsgipfel zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr liegt, daß also gehäuft

jüngere Patientinnen davon betroffen sind.

Auch beim Mammacarcinom läßt sich die Tendenz feststellen, daß immer mehr jüngere Frauen erkranken. Allerdings liegt laut Literatur der Häufigkeitsgipfel beim Mammacarcinom zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr.

Das Endometriumcarcinom gilt als Carcinom der älteren Frau; das Maximum liegt hier zwischen dem 55. und 65. Lebensjahr. In letzter Zeit findet man aber auch ein Auftreten in jüngeren Jahren. Bei diesem Carcinom wird diskutiert, ob die Dauer des Östrogen-Einflusses für die Genese der Erkrankung Bedeutung hat.

Betrachtet man die familiäre Situation bei den verschiedenen Carcinomen, so zeigen sich deutliche Unterschiede vor allem zwischen Cervixcarcinom und Mamma- bzw. Endometriumcarcinom.

Ein erhöhtes Risiko, an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken, wurde für Frauen festgestellt, die verheiratet (manchmal auch mehrmals verheiratet), verwitwet oder geschieden sind und viele Kinder geboren haben (EICHER 1977, LOGAN 1953). Dagegen erkranken an Mamma- bzw. Endometriumcarcinom gehäuft Frauen, die nie geheiratet haben oder alleinstehend sind und die, falls sie eine Ehe geschlossen haben, kinderlos blieben (EICHER 1977, 1979, LOGAN 1953).

Bei den Patientinnen mit Endometriumcarcinom sind gehäuft auch noch internistische Zweiterkrankungen

zu finden, wie vor allem Diabetes mellitus, Adipositas, Hypertonus und thromboembolische Ereignisse in der Anamnese.

Immer wieder kann auch eine familiäre Häufung von Krebserkrankungen festgestellt werden. Dieser Aspekt ist vor allem beim Mamma-Carcinom anzutreffen.

So beschreibt ROSEN (1982), daß " bei familiärem Vorkommen von Mamma-Carcinom ein zwei- bis dreifach höheres Risiko besteht, ebenfalls an Mamma-Carcinom zu erkranken als in der Normalbevölkerung ".

Auch EICHER (1979) fand bei seiner Untersuchung eine familiäre Häufung von 39 % gegenüber 22 % in der Kontrollgruppe.

3. GYNÄKOLOGISCHER UND SEXUELLER BEREICH

In den Antworten auf Fragen aus diesem Bereich zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Cervix-Carcinom auf der einen Seite und Mamma- bzw. Endometrium-Carcinom auf der anderen Seite.

Bemerkenswert an der Anamnese von Patientinnen mit Cervix-Carcinom sind das überdurchschnittlich frühe Auftreten der Menarche, vor allem vor dem 13. Lebensjahr (SCHMALE/IKER 1966) sowie die relativ große Zahl an Schwangerschaften (EICHER 1977).

Bei den Patientinnen mit Endometrium-Carcinom trat die

Menarche nicht deutlich früher auf als bei der Normalbevölkerung, aber dafür soll die Menopause bei diesen Patientinnen oft überdurchschnittlich spät eintreten (CHAMBERLAIN 1981).

Auch bei den Frauen mit Mamma-Carcinom unterscheidet sich der Zeitpunkt der Menarche nicht entscheidend von der Normalbevölkerung. Wie bereits beschrieben, bleiben viele Patientinnen mit Mamma-Carcinom kinderlos (WYNDER 1960).

In der Sexualanamnese finden sich deutliche Unterschiede vor allem zwischen Cervix- und Mamma- bzw. Endometrium-Carcinom. Folgende Auffälligkeiten werden in der Literatur den Patientinnen mit Cervix-Carcinom zugeschrieben: die Frauen beginnen früh mit dem Geschlechtsverkehr (überdurchschnittlich oft vor dem 17. bis 20. Lebensjahr) - bei EICHER (1977) lag das durchschnittliche Alter der Kohabitarche bei 18,7 Jahren, 72 % hatten sie bis zum 19. Lebensjahr - und bleiben oft bis ins höhere Alter sexuell aktiv; sie haben auch im Durchschnitt mehr Sexualpartner als die Frauen mit anderen Carcinomen - bei EICHER (1977) haben 38 % der Cervix-Patientinnen 3 und mehr Partner (in der Kontrollgruppe waren es 25 %).

Neueste epidemiologische Untersuchungen (PEJOVIC/THUAIRE 1986) beim Cervix-Carcinom zeigen, daß es sich um eine sexuell übertragbare Krankheit handelt,

wobei bestimmte Papilloma-Viren (HPV-16, HPV-18) einen wichtigen Risikofaktor für die Entwicklung des Cervix-Carcinoms darstellen sollen.

EICHER beschreibt bei den Cervix-Patientinnen auch eine größere Orgasmusfähigkeit sowie einen höheren Prozentsatz an ungestörter Libido.

Bei MEERWEIN (1981) dagegen findet sich gehäuft eine mangelnde oder sogar fehlende Hingabefähigkeit und zum Teil eine Abneigung gegen den Geschlechtsverkehr.

Er faßt diesen Komplex unter dem Ausdruck " schlechte sexuelle Anpassung " zusammen.

Die Patientinnen mit Endometrium-Carcinom zeigen zum großen Teil ein sehr zurückhaltendes Sexualverhalten.

Sie haben ihre Kohabitarche vorwiegend nach dem 20. Lebensjahr - bei EICHER (1977) lag das Durchschnittsalter bei 19,7 Jahren, 44 % hatten ihre Kohabitarche bis zum 20. Lebensjahr, während es bei der Kontrollgruppe 75 % waren -, eine geringe Zahl an Sexualpartnern - die durchschnittliche Partnerzahl in der Untersuchung von EICHER (1977) lag bei 1,55 - und selten Geschlechtsverkehr. Bei EICHER zeigt sich auch, daß ein hoher Prozentsatz nicht regelmässig zum Orgasmus kommt sowie ein geringeres Interesse an Sexualität hat.

Auch die Patientinnen mit Mamma-Carcinom sind meist Frauen mit " sexueller Zurückhaltung " (MEERWEIN 1981), später Kohabitarche - bei EICHER (1979) lag das

Durchschnittsalter bei 20,7 Jahren -, geringer Partnerzahl - durchschnittliche Partnerzahl in der Untersuchung von EICHER (1979) 1,8 Partner - niedriger Kohabitationsfrequenz.

Der Bereich der sexuellen Erlebnisfähigkeit zeigt bei EICHER (1979) keine wesentlichen Unterschiede zur Kontrollgruppe.

M E T H O D I K

1. METHODEN:

Die Daten dieser Arbeit wurden bei einem einmaligen, weitgehend standardisierten Interview erhoben. Es handelt sich also um eine retrospektive Untersuchung. Therapiespezifische und Verlaufs-Informationen über die Patientinnen wurden aus der zentralen Datenbank des Klinikum Großhadern zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse wurden im dortigen Rechenzentrum ausgewertet. Es ist darauf hinzuweisen, daß die deskriptiv- und korrelationsspezifischen Methoden, die der Auswertung zugrunde liegen, in Bezug auf die Dominanz und die Wechselwirkung der verschiedenen Faktoren für eine bestimmte Personengruppe nur wahrscheinliche Aussagen liefern können, da die besondere Befragungssituation und das ausgewählte Krankengut in Betracht gezogen werden müssen.

2. DESIGN:

Die Interviews wurden von zwei weiblichen und einem männlichen Befrager von August 1982 bis Dezember 1983 an der II. Universitätsfrauenklinik der LMU München und in der Nachsorgeklinik Bad Trissl, wo nur Frauen mit Mamma-Carcinom befragt wurden, durchgeführt. Dem Interview lag ein weitgehend standardisierter

Fragebogen zugrunde mit insgesamt 114 Items aus den Gebieten Psychologie, Soziologie, Gynäkologie und Sexologie sowie ausgewählte Fragen aus dem MPI-Test nach EYSENCK zur Objektivierung von neurotischen und extrovertierten Grundstrukturen in der Persönlichkeit der befragten Patientinnen.

Um eine gegenseitige Beeinflussung der Beantwortung durch die Reihenfolge der Items zu verhindern, wurden die Items aus den verschiedenen Gebieten untereinander gemischt.

3. SAMPLE:

Die Untersuchung umfaßt 56 Patientinnen mit Cervix-Carcinom, wovon 54 zur Auswertung kommen, und 36 Patientinnen mit Endometrium-Carcinom, wovon 33 zur Auswertung kommen. Als Kontrollgruppe dient ein Kollektiv von 108 Patientinnen mit Mamma-Carcinom, wovon 92 zur Auswertung kommen.

Folgende Auswahlkriterien für das Patientenkollektiv wurden aufgestellt: mindestens ein Jahr und maximal fünf Jahre nach Abschluß der Primärtherapie, zum Zeitpunkt der Befragung kein Nachweis von Rezidiven oder Metastasen.

Bei der endgültigen Auswertung unter Einbeziehung der Folgerhebungsbögen des Tumorzentrums München fand sich allerdings bei 7,4 % der Cervix-Carcinome und

4,3 % der Mamma-Carcinome eine Progression der Erkrankung, bei 3,7 % der Cervix- und 2,2 % der Mamma-Carcinome der Nachweis eines Rezidivs und bei 1,9 % der Cervix- und 14,1 % der Mamma-Carcinome der Nachweis von Metastasen.

Bei den Patientinnen mit Endometrium-Carcinom waren zu diesem Zeitpunkt keine Rezidive oder Metastasen nachzuweisen.

Von den Cervix-Carcinomen befanden sich 42,6 % im Stadium 1, 46,3 % im Stadium 2 und 11,1 % im Stadium 3 der Erkrankung; bei den Patientinnen mit Endometrium-Carcinom waren 71,9 % im Stadium 1, 15,6 % im Stadium 2 und 12,5 % im Stadium 3; ein Vergleich dieser beiden Carcinome mit dem Mamma-Carcinom erscheint wegen der andersartigen Einteilung (TNM-Klassifikation des Mamma-Carcinoms) nicht sinnvoll und soll in dieser Untersuchung nicht gezogen werden.

Die Befragung an der Frauenklinik fand im Rahmen der Nachsorge-Untersuchungen statt. In Bad Trissl wurden die Patientinnen während einer Famulatur interviewt. Zur besseren Strukturierung des Patientenguts wurden die Frauen in fünf Altersgruppen (- 40 / 41 - 50 / 51 - 60 / 61 - 70 / 71 - 80 Jahre) aufgegliedert.

Die angewendeten Therapien entsprechen in etwa dem in der Literatur empfohlenen Vorgehen bei den entsprechenden Carcinomen. Von den Cervix-Patientinnen wurden

29,6 % nur operativ behandelt, 44,4 % kombiniert bestrahlt (vaginale Radiumeinlage und percutane Bestrahlung) und 14,8 % operativ und strahlentherapeutisch behandelt. Im Kollektiv der Endometriumpatientinnen wurden 78,8 % operativ und hormontherapeutisch, 3,0 % nur operativ und 3,0 % operativ und strahlentherapeutisch behandelt. Von den Patientinnen mit Mamma-Carcinom wurden 61,9 % nur operativ, 19,0 % operativ und strahlentherapeutisch und 19,0 % operativ und chemotherapeutisch behandelt. Die Adnexe entfernt wurden bei 33,3 % der Cervix- und 84,8 % der Endometriumpatientinnen, aber bei keiner Frau mit Mamma-Carcinom.

Zusätzlich zu dem Fragebogen wurden aus der zentralen Datenbank von Großhadern noch einige Daten über Therapieart und -ausmaß, Krankheitsverlauf, Stadium und Zweiterkrankungen ausgewählt und mitverwertet.

4. AUSWERTUNG:

Da der Fragebogen von allen befragten Frauen gut verstanden wurde und die Kooperationsbereitschaft bei allen Frauen, die den Bogen beantworteten, ausreichend war, konnten alle in die Auswertung mit einbezogen werden.

Insgesamt 10 Patientinnen haben die Befragung von vorneherein abgelehnt.

Von den befragten 226 Patientinnen konnten 21 bei der endgültigen Auswertung mittels des Computers nicht verwertet werden, da die Speicherung deren Daten von seiten der Klinik nicht ausreichend war.

Aufgrund der gezielten Auswahl des Patientenguts und der besonderen Befragungssituation im Rahmen der Nachsorgesprechstunde und des retrospektiven Befragungsmodus können keine allgemeinverbindlichen, sondern nur tendentielle Aussagen über die Wechselwirkung der verschiedenen Faktoren aufgestellt werden.

5. STATISTIKEN:

Die Daten wurden im Rechenzentrum des Klinikum Großhadern ausgewertet. Als Computer-Programm stand uns das " SAVOD " zur Verfügung.

Die Berechnungen der Signifikanz erfolgen mittels χ^2 -Testes und gelten für ein p kleiner 0,05.

Soweit möglich werden für alle Statistiken die p - Werte angegeben.

E R G E B N I S S E

A. SOZIALER HINTERGRUND

Familienstand und die Beziehung zur Familie, das Elternhaus und die Kindheit prägen den sozialen Hintergrund der Patientinnen. Die Berufsausübung und -ausbildung, die Bedeutung des Berufs sowie mögliche Überlastungen durch die Doppelbelastung mit Beruf und Haushalt können das soziale Gefüge stark beeinflussen. An den Anfang dieser Auswertung soll aber ein Überblick über die Altersverteilung des Patientenguts gestellt werden.

(Die in den Graphiken verwendeten Abkürzungen C, E und M stehen für Cervix-, Endometrium- und Mamma-Carcinom.)

1. ALTER:

Die Altersverteilung entspricht ungefähr den in der Literatur beschriebenen Daten. Bei Cervix- und Mamma-Carcinom findet sich im Gegensatz zum Endometrium-Carcinom eine breite Streuung (Cervix-Carcinom von 27 bis 80 Jahre mit einem Gipfel bei 41 - 50 Jahren, Mamma-Carcinom von 28 bis 79 Jahre mit einem Maximum ebenfalls bei 41 - 50 Jahren, Endometrium-Carcinom von 46 bis 68 Jahre mit einem Gipfel bei 51 - 60 Jahre).

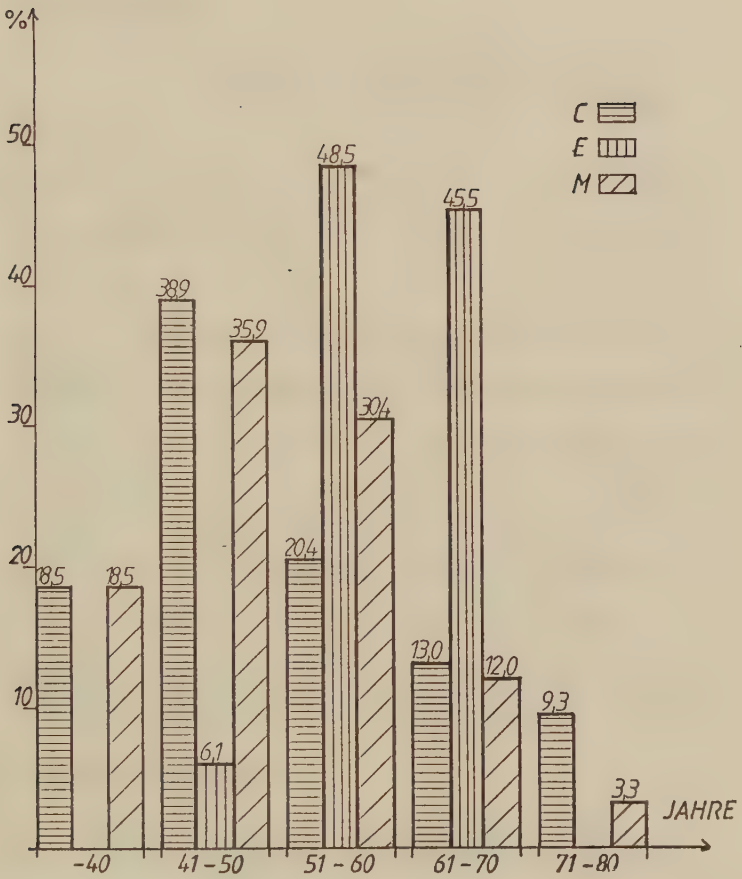


Abb. 1: Altersverteilung

Bei Vergleichen Cervix- mit Endometrium-Carcinom und Mamma- mit Endometrium-Carcinom ergeben sich signifikante Unterschiede mit $p = 0,000$.

2. FAMILIENSTAND:

	Cervix- Carcinom	Endometrium- Carcinom	Mamma- Carcinom
verheiratet	62,3 %	65,6 %	69,6 %
ledig	1,9 %	6,3 %	5,4 %
geschieden	9,4 %	0,0 %	5,4 %
verwitwet	26,4 %	28,1 %	19,6 %

Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Carcinomen bezüglich des Familienstands sind nur sehr gering und damit auch nicht signifikant. Graduelle Differenzen sind jedoch feststellbar. So sind fast 70 % der Frauen mit Mamma-Carcinom verheiratet, aber nur 62 % der Frauen mit Cervix-Carcinom. Bei letzteren ist hervorzuheben, daß sie mit 9,4 % die höchste Quote an Scheidungen aufweisen (zum Vergleich sind bei den Mammapatientinnen 5,4 % geschieden.).($p=0,641$)

3. AKTUELLE BEZIEHUNG:

	Cervix- Carcinom	Endometrium- Carcinom	Mamma- Carcinom
intakt	57,4 %	57,6 %	68,5 %
gestört	14,8 %	12,1 %	6,5 %
keine	27,8 %	30,3 %	25,0 %

Auch bei den Antworten über die aktuelle Beziehung ergeben sich nur geringe Unterschiede. Es fällt auf, Daß die Mammapatientinnen mit 68,5 % in einer intakten

Beziehung leben. Mit 14,8 % bei den Cervix- und 12,1 % bei den Endometrium-Patientinnen waren bei beiden gehäuft gestörte Beziehungen zu finden. ($p=0,179$)

Stellt man nur eine Verbindung zwischen Familienstand und aktueller Beziehung her, so ergibt sich, daß nur 50,9 % der Cervix-Patientinnen eine intakte Ehe führen (aber 63 % der Mamma-Patientinnen). Beim Endometrium-Carcinom ergibt sich ein ähnliches Ergebnis mit 53,1 %. In unserer Untersuchung findet sich bei den Cervix-Patientinnen die höchste Rate an gestörten Beziehungen, bei den Endometrium-Patientinnen die höchste Rate an Frauen ohne Beziehungen , nämlich 30,3 %, wobei hier vor allem der Tod des Ehepartners ins Gewicht fällt, und bei den Mamma-Patientinnen die höchste Rate an intakten Beziehungen.

Signifikante Unterschiede ergeben sich allerdings nicht.

4. KINDHEIT:

Absolut die Mehrheit aller Patientinnen fühlten sich in ihrer Kindheit geborgen, allen voran die Frauen mit Endometrium-Carcinom mit 84,8 %, gefolgt mit deutlichem Abstand von Cervix-Carcinom mit 72,2 % und Mamma-Carcinom mit 71,4 %.

Gefühle von Einsamkeit und Angst in der Kindheit geben also vor allem Patientinnen mit Cervix-Carcinom mit 27,8 % und Mamma-Carcinom mit 27,5 % an.

Über die Ehe ihrer Eltern urteilt die Mehrzahl der befragten Patientinnen ebenfalls gut (74,1 % der Cervix- , 63,3 % der Endometrium- und 69,6 % der Mamma-Patientinnen). Ein Drittel der Eltern beim Endometrium-Carcinom haben angeblich eine schlechte Ehe geführt gefolgt vom Mamma-Carcinom mit 28,3 % und Cervix-Carcinom mit 24,1 %.

Eine Signifikanz der Unterschiede kann nicht angegeben werden. ($p=0,994$).

Vergleicht man die Beurteilung der Ehe der Eltern mit der eigenen Beziehung, so wird durchweg die eigene Beziehung schlechter bewertet. Die deutlichste Differenz ergibt sich bei den Frauen mit Cervix-Carcinom, wie sich aus den angegebenen Zahlen ergibt.

5. BERUFSTÄTIGKEIT:

a) Berufsausbildung:

Die Angaben über eine abgeschlossene Ausbildung zeigen signifikante Unterschiede zwischen Cervix- bzw. Endometrium-Carcinom und Mamma-Carcinom ($p=0,027$ bzw. $0,047$).

53,3 % der Frauen mit Mamma-Carcinom schlossen eine Berufsausbildung ab, aber nur 38,9 % der Frauen mit Cervix- und 33,3 % der Frauen mit Endometrium-Carcinom.

b) Berufsbeginn:

	Cervix- Carcinom	Endometrium- Carcinom	Mamma- Carcinom
nie berufstätig	3,8 %	3,1 %	2,2 %
10 - 15 Jahre	51,9 %	53,1 %	54,9 %
16 - 20 Jahre	38,5 %	25,0 %	29,7 %
21 - 25 Jahre	1,9 %	3,1 %	7,7 %
26 - 30 Jahre	0,0 %	9,4 %	0,0 %
31 - 45 Jahre	3,8 %	6,3 %	5,5 %

Die Unterschiede zwischen den drei Carcinomen sind zwar nur gering, hervorzuheben ist aber, daß die Mehrzahl der befragten Frauen zwischen dem 10. und 15. Lebensjahr zu arbeiten begannen. 15,7 % der Frauen mit Endometrium-Carcinom begannen erst nach dem 25. Lebensjahr mit einer Berufsausübung (aber nur 3,8 % der Cervix- und 5,5 % der Mamma-Patientinnen). ($p=0,285$).

c) Bedeutung der Berufstätigkeit:

Für die Mehrzahl der Patientinnen stellte der Beruf eine Lebensaufgabe und Selbstbestätigung dar, nämlich für 79,6 % der Cervix- , 63,6 % der Endometrium- und 64,1 % der Mamma-Patientinnen. ($p=0,053$).

d) Unterbrechung der Berufsausübung:

Anläßlich ihrer Heirat haben 18,5 % der Cervix- , 15,2 % der Endometrium- und 12,0 % der Mamma-Patientinnen

ihren Beruf aufgegeben und 18,5 % der Cervix- , 21,2 % der Endometrium- und 16,3 % der Mamma-Patientinnen ihre Berufstätigkeit unterbrochen. ($p=0,525$).

Nach der Geburt ihrer Kinder haben 13,0 % der Cervix- , 15,2 % der Endometrium- und 17,4 % der Mamma-Patientinnen ihren Beruf aufgegeben und 33,3 % der Cervix- , 27,3 % der Endometrium- und 17,4 % der Mamma-Patientinnen ihre Berufstätigkeit unterbrochen. ($p=0,122$).

In Rente oder Pension gingen 18,5 % der Cervix- , 45,5 % der Endometrium- und 15,2 % der Mamma-Patientinnen.

Die Unterschiede zeigen keine Signifikanz, es zeigt sich aber deutlich, daß mehr Mamma-Patientinnen ihren Beruf bei der Heirat oder bei der Geburt der Kinder nicht aufgegeben oder unterbrochen haben im Gegensatz zu den Frauen mit Cervix- oder Endometrium-Carcinom.

6. ÜBERLASTUNG DURCH BERUFSTÄTIGKEIT:

Überlastung durch den Beruf gaben 31,5 % der Cervix- , 42,4 % der Endometrium- und 37,0 % der Mamma-Patientinnen an. ($p=0,583$).

Die Überbelastung durch den Haushalt beklagten 40,7 % der Cervix- , 39,4 % der Endometrium- und 41,3 % der Mamma-Patientinnen. ($p=0,586$).

Belastende soziale Probleme hatten 31,5 % der Cervix- , 51,5 % der Endometrium- und 46,7 % der Mamma-Patientinnen. ($p=0,367$).

Vor allem die Frauen mit Mamma-Carcinom scheinen sich durch soziale und/oder zwischenmenschliche Probleme überlastet zu fühlen.

7. FREUNDESKREIS:

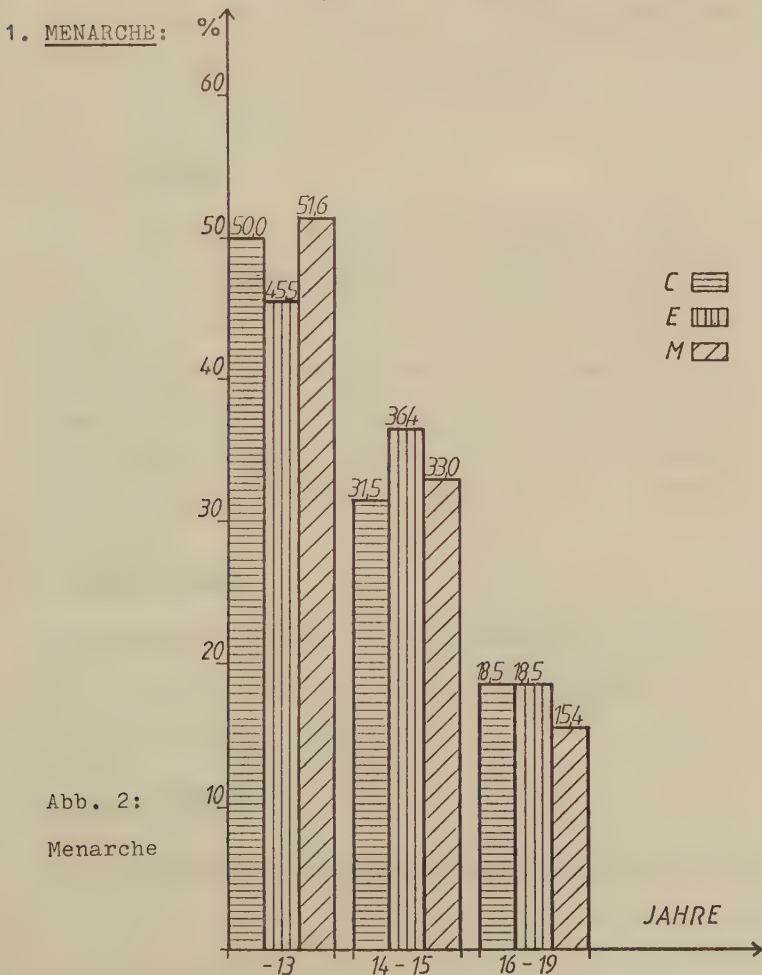
Von den befragten Cervix-Patientinnen gaben 61,1 % an, sie hätten nur wenige Freunde, während 51,1 % der Mamma-Patientinnen über einen großen Freundeskreis verfügen. Bei den Endometrium-Patientinnen gaben nur 45,5 % an, sie hätten einen großen Freundeskreis. Die kleine Schar von Freunden der Frauen mit Cervix-Carcinom scheint auch sehr konstant zu sein, da nur 3,7 % erklärten, ihre Freunde wechselten häufig. Auch bei den Frauen mit Endometrium- bzw. Mamma-Carcinom war der Freundeskreis stabil, nur bei 6,1 % bzw. 6,5 % wechselte er häufig. ($p=0,708$).

8. FAMILIÄRE HÄUFUNG DER KREBSERKRANKUNG:

Eine Belastung durch familiäre Häufung von Krebserkrankungen konnte nur beim Mamma-Carcinom mit 9,8 % der Frauen gefunden werden. Diese Tatsache zeigt eine Signifikanz mit $p = 0,001$.

B. GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE

In diesem Abschnitt soll das Augenmerk vor allem auf Menarche, Menstruationsbeschwerden, Schwangerschaften und auf das Stillverhalten gelegt werden, um einen kleinen Einblick in eventuelle gynäkologische Besonderheiten bei Carcinom-Patientinnen zu gewinnen.



Das Alter der Menarche liegt bei den verschiedenen Carcinomen mit kleinen Unterschieden ungefähr in der gleichen Größenordnung.

Das Durchschnittsalter beträgt bei Frauen mit Cervix-Carcinom 13,72 Jahre, bei Frauen mit Mamma-Carcinom 13,58 Jahre und bei Frauen mit Endometrium-Carcinom 14,0 Jahre, wobei das späteste Auftreten der Menarche bei Cervix- und Endometrium-Carcinom bei 19 Jahren und beim Mamma-Carcinom bei 17 Jahren liegt. ($p=0,843$).

2. DYSMENORRHOE:

Über schmerzhaftige Menstruationsbeschwerden klagen nur 27,8 % der Cervix-Patientinnen, aber 54,5 % der Endometrium- und 56,5 % der Mamma-Patientinnen. Eine Signifikanz ergibt sich für den Vergleich von Cervix- mit Mamma-Carcinom mit $p=0,004$ und für den Vergleich von Cervix- und Endometrium- mit Mamma-Carcinom mit $p=0,044$.

HYPERMENORRHOE:

Starke Menstruationsblutungen gaben 38,9 % der Cervix- , 54,5 % der Endometrium- und 54,3 % der Mamma-Patientinnen an. ($p=0,443$).

OLIGOMENORRHOE:

Zyklusunregelmässigkeiten im Sinne einer Oligomenorrhoe

hatten 13,0 % der Cervix- , 12,1 % der Endometrium- und 20,7 % der Mamma-Patientinnen. ($p=0,295$).

AMENORRHOE:

Ein längeres Ausbleiben der Menstruationsblutung trat bei 9,3 % der Cervix- und 6,5 % der Mamma-Patientinnen auf, während keine Endometrium-Patientin derartige Angaben machte. ($p=0,415$).

3. SCHWANGERSCHAFTSANAMNESE:

LEBENDGEBURTEN:

Im Durchschnitt hatten die Cervix-Patientinnen 2,39 Kinder, die Endometrium-Patientinnen 1,96 Kinder und die Mamma-Patientinnen 2,12 Kinder geboren.

Im Einzelnen fällt auf, daß mehr Endometrium- und Mamma-Patientinnen keine Kinder bekommen haben.

Desweiteren haben mehr Cervix-Patientinnen mehr als drei Kinder geboren.

Die Angaben für 1 bis 3 Kinder liegen bei den verschiedenen Carcinomen ungefähr in der gleichen Größenordnung (Cervix 75,9 % , Endometrium 75,7 % und Mamma 77,2 %). Die Unterschiede ergeben sich also in den Daten für keine Lebendgeburt und 4 bis 10 Kinder. ($p=0,206$).

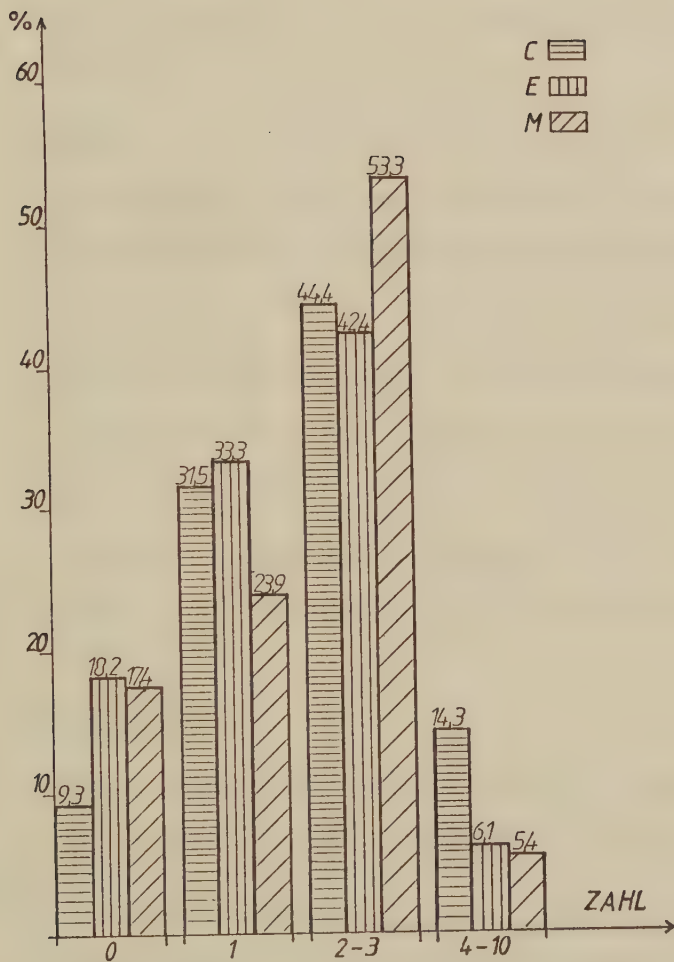


Abb. 3: Zahl der Lebendgeburten

STILLVERHALTEN:

Ihre Kinder gestillt haben 74,1 % der Cervix- , 66,7 %

der Endometrium- und 62,0 % der Mamma-Patientinnen.
($p=0,283$).

ABORTE:

Mindestens ein Kind ging bei 24,1 % der Cervix- ,
30,3 % der Endometrium- und 23,9 % der Mamma-Patientinnen
ab. Von den 24,1 % der Cervix-Patientinnen erlitten
84,6 % einen und 15,4 % zwei Aborte. Bei den Frauen mit
Endometrium-Carcinom liegen die Zahlen ungefähr in der
gleichen Größenordnung, es fällt aber auf, daß 10 %
drei oder vier Aborte angaben.

Von den Frauen mit Mamma-Carcinom erlitten 23,9 %
mindestens einen Abgang, davon gaben 63,6 % einen
Abort, 31,8 % zwei und 4,5 % drei oder vier Aborte an.
($p=0,311$).

ABRUPTIONES:

Eine Schwangerschaft ließen 3 Cervix- , 1 Endometrium-
und 7 Mamma-Patientinnen abbrechen (entspricht
5,6 % bzw. 3,0 % bzw. 7,6 %).

Von diesen Frauen ließ eine Cervix-Patientin zwei
Schwangerschaften unterbrechen und 3 Frauen mit
Mamma-Carcinom ließen zwei-oder dreimal abbrechen.
($p=0,554$)

TOTGEBURTEN:

Die Totgeburt eines Kindes erlitten 3 Cervix- und 6 Mamma-Patientinnen, aber keine Frau mit Endometrium-Carcinom (entspricht 5,6 bzw. 6,5 %).

Davon brachte eine Cervix-Patientin zwei tote Kinder zur Welt. ($p=0,134$).

TOD EINES KINDES:

Den Verlust mindestens eines Kindes beklagten 9 Cervix-, 3 Endometrium- und 9 Mamma-Patientinnen (entspricht 16,7 bzw. 9,1 bzw. 9,8 %). Dabei mußten 3 Cervix-Patientinnen den Verlust von 2 Kindern verarbeiten, während von den anderen beiden Carcinomen nur jeweils eine Patientin zwei Kinder verlor. ($p=0,237$).

UNERWARTETE SCHWANGERSCHAFT:

Trotz Antikonzeptionsmittel wurden 63,0 % der Cervix- und 57,6 % der Endometrium-Patientinnen unerwartet schwanger. Von den Mamma-Patientinnen wurden dagegen 53,3 % ohne Kontrazeption unerwartet schwanger. Diese Unterschiede sind signifikant mit $p=0,028$.

Eine Schwangerschaft war auch bei 50,0 % der Cervix-, 30,3 % der Endometrium- und 22,8 % der Mamma-Patientinnen Anlaß zur Heirat. Auch diese Unterschiede zeigen eine Signifikanz mit $p=0,021$.

C. SEXUALANAMNESE:

Dieses Kapitel soll einen Überblick über das Sexualleben der befragten Frauen mit Blick auf den Zeitpunkt der Kohabitarche, Partnerzahl, Hingabefähigkeit und Satisfaktion, Selbstbefriedigung, Verhütungsmethoden und eventuelle Schwierigkeiten im Sexuellenleben.

1. TABUISIERUNG DER SEXUALITÄT IM ELTERNHAUS:

Über das Thema Sexualität wurde im Elternhaus von 87,0 % der Cervix- , 84,8 % der Mamma- und 93,9 % der Endometrium-Patientinnen nicht gesprochen. Nur 3,0 % der Frauen mit Endometrium-Carcinom gaben an, daß in ihrem Elternhaus über den Problembereich Sexualität gesprochen wurde. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Carcinomen sind zwar deutlich, aber keineswegs signifikant ($p=0,287$).

Vergleicht man die Antworten von Endometrium- und Mamma-Patientinnen, so ergibt sich ein $p=0,055$.

2. SEXUELLE AKTIVITÄT:

KOHABITARCHE:

Die Angaben der Patientinnen zur Kohabitarche erstrecken sich bei den Frauen mit Cervix-Carcinom von 12 bis zu 28 Jahren mit einem Durchschnittswert von 18,611 Jahren, bei den Endometrium-Patientinnen von 16 bis 29 Jahren

(durchschnittlich 20,182 Jahre) und bei den Mamma-Patientinnen von 11 bis zu 30 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 19,333 Jahren.



Abb. 4: Kohabitarche

Die Tendenz, daß die Cervix-Patientinnen relativ frühzeitig mit dem Geschlechtsverkehr beginnen im Vergleich zu den Patientinnen mit Mamma- und vor allem mit Endometrium-Carcinom, zeigt sich auch in der tabellarischen Auflistung der Altersverteilung bei der Kohabitarche.

81,5 % der Frauen mit Cervix-Carcinom hatten ihre Kohabitarche zwischen 16 und 20 Jahren, im Gegensatz zu 63,7 % der Endometrium- und 67,4 % der Mamma-Patientinnen. Hervorzuheben ist auch noch die Angabe von zwei Frauen mit Mamma-Carcinom, daß sie nie Geschlechtsverkehr gehabt hätten (entspricht 2,2 %). Eine Signifikanz der Unterschiede ergibt sich allerdings nicht, $p=0,680$. Vergleicht man nur Cervix- mit Endometrium-Carcinom, so ergibt sich ein $p=0,137$.

PARTNERZAHL:

Die Antworten der Patientinnen zur Partnerzahl erstrecken sich bei den Cervix-Patientinnen von 1 bis 11 Partner mit einem Durchschnittswert von 2,852, bei den Frauen mit Endometrium-Carcinom von 1 bis 10 (durchschnittlich 2,455) und bei den Mamma-Patientinnen von 0 bis 70 Partnern (durchschnittlich 4,185).

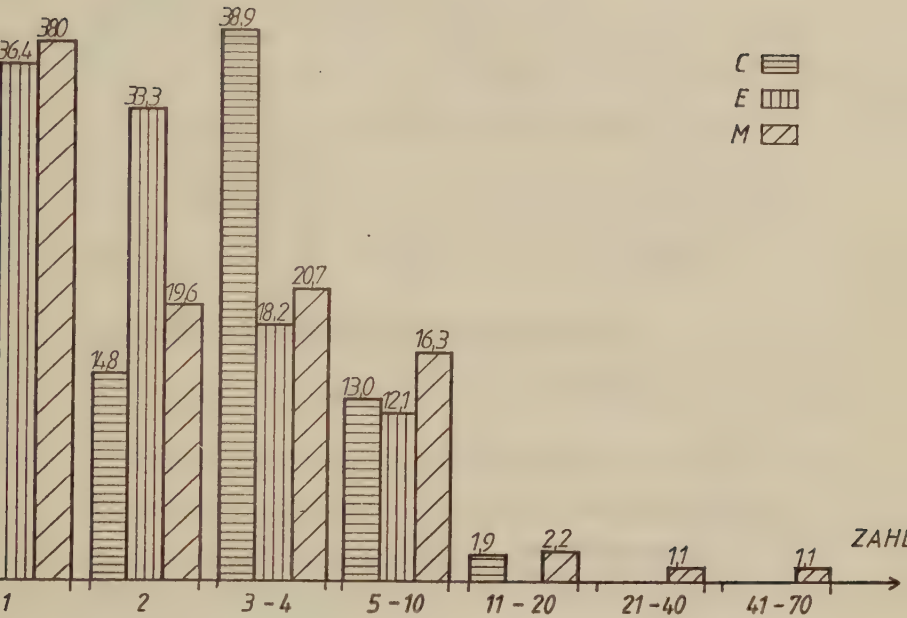


Abb. 5: Zahl der Partner

Bei den Mamma-Patientinnen fällt auf, daß die beiden Extrempositionen - nämlich sowohl kein Partner als auch sehr viele Partner - vertreten sind. Läßt man nun diese beiden Positionen außer Acht, so kann man feststellen, daß die Patientinnen mit Cervix-Carcinom eine größere Partnerzahl hatten als die beiden anderen Carcinomarten.

51,9 % der Cervix-Patientinnen hatten 3 bis 10 Partner, während es bei den Endometrium- nur 30,3 % und bei den

Mamma-Patientinnen nur 37,0 % waren.

Dagegen gaben 69,7 % der Endometrium- und 57,6 % der Mamma-Patientinnen an, sie hätten 1 bis 2 Partner gehabt, bei den Frauen mit Cervix-Carcinom waren es nur 46,3 % ($p=0,564$).

Vergleicht man nur die Frauen mit Cervix- und Endometrium-Carcinom, so ergibt sich ein $p=0,146$.

KOHABITATIONSFREQUENZ vor der Therapie:

Die Angaben beziehen sich auf die Häufigkeit pro Monat.

Mit einer durchschnittlichen Frequenz von 6,556 mal im Monat waren die Frauen mit Cervix-Carcinom sexuell am aktivsten, gefolgt von den Mamma-Patientinnen mit 5,902 und den Endometrium-Patientinnen mit 3,636 mal im Monat.

Diese Tendenz zeigt sich auch in der tabellarischen Aufgliederung der Häufigkeit.

20,4 % der Frauen mit Cervix-Carcinom hatten 11 bis 15 mal im Monat Geschlechtsverkehr mit ihrem Partner; bei den Frauen mit Mamma-Carcinom waren es 13,0 % und mit Endometrium-Carcinom nur 3,0 %.

Keine Kohabitation mehr hatten 9,3 % der Cervix- , 15,2 % der Endometrium- und 16,3 % der Mamma-Patientinnen. Vergleicht man Cervix- mit Endometrium-Carcinom, so ergibt sich eine Signifikanz mit $p=0,017$; ebenso ist der

Unterschied zwischen Endometrium- und Mamma-Carcinom
mit $p=0,014$ signifikant.

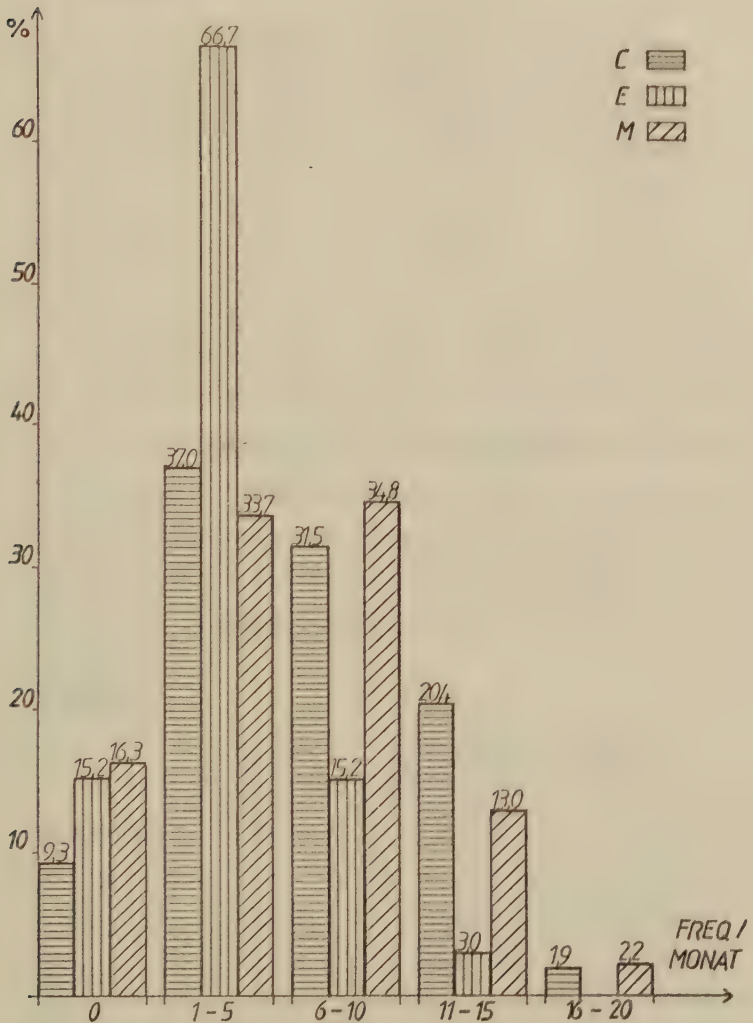


Abb. 6: Kohabitationsfrequenz pro Monat

3. SEXUELLES INTERESSE und HINGABEFÄHIGKEIT:

SEXUELLES INTERESSE:

	Cervix- Carcinom	Endometrium- Carcinom	Mamma- Carcinom
normal	70,4 %	63,6 %	77,2 %
schwach	25,9 %	27,3 %	18,5 %
keines	1,9 %	9,1 %	2,2 %
Abneigung	1,9 %	0,0 %	1,1 %

Aus diesen Daten ergibt sich, daß vor allem Frauen mit Mamma-Carcinom ein normal ausgeprägtes Interesse an Sexualität zu haben scheinen mit 77,2 % (bei 70,4 % der Cervix- und 63,6 % der Endometrium-Patientinnen). Die Angaben " schwaches " oder " kein " Interesse an Sexualität machten vor allem Frauen mit Endometrium-Carcinom mit 36,4 % (bei 27,8 % der Cervix- und 20,7 % der Mamma-Patientinnen). ($p=0,274$).

ORGASMUS:

	Cervix- Carcinom	Endometrium- Carcinom	Mamma- Carcinom
regelmässig	35,2 %	15,2 %	18,5 %
häufig	22,2 %	42,4 %	38,0 %
selten	29,6 %	33,3 %	30,4 %
nie	11,1 %	9,1 %	7,6 %

Beim Cervix-Carcinom sind vor allem die beiden

Fähigkeit zur Hingabe und zum Gefühl der Befriedigung, aber das Interesse an der Sexualität scheint bei den Frauen mit Mamma-Carcinom größer zu sein.

STIMULATION DER BRUST:

	Cervix- Carcinom	Endometrium- Carcinom	Mamma- Carcinom
keine Stimulation	37,0 %	51,5 %	43,5 %
manuelle "	18,5 %	27,3 %	13,0 %
orale "	3,7 %	0,0 %	0,0 %
manuell und oral	38,9 %	21,1 %	38,0 %

Hinsichtlich der Bedeutung der Brust zeigen sich zwischen Cervix- und Mamma-Carcinom nur leichte Unterschiede. Bei beiden Carcinomen überwiegen die Angaben für " keine Stimulation " bzw. " manuelle und orale Stimulation ". Bei den Frauen mit Endometrium-Carcinom fällt auf, daß 51,5 % " keine Stimulation " angaben, die Brust scheint also bei ihnen beim Geschlechtsverkehr seltener eine Bedeutung zu haben. ($p=0,135$).

SELBSTBEFRIEDIGUNG und SCHULDGEFÜHLE:

Die Frage, ob sie sich auch öfters selbst befriedigt hätten, bejahten 33,3 % der Cervix- , 27,3 % der Endometrium- und 28,3 % der Mamma-Patientinnen.

14,1 % der Frauen mit Mamma-Carcinom machten allerdings

keine Angaben dazu.

Hier zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Carcinomen mit $p=0,001$.

Es wurde weitergefragt, ob sie wegen der Selbstbefriedigung Schuldgefühle bekommen hätten. 7,4 % der Cervix-, 6,1 % der Endometrium- und sogar 12,0 % der Mamma-Patientinnen bejahten diese Frage.

Auch dazu machten 13,0 % der Frauen mit Mamma-Carcinom keine Angaben.

Die unterschiedlichen Angaben zeigen eine Signifikanz mit $p=0,001$.

4. ANGEWANDTE KONTRAZEPTIONSMETHODEN:

CONDOME:

Mittels Condomen versuchten 43,5 % der Frauen mit Mamma-Carcinom, aber nur 22,2 % der Cervix- und 27,3 % der Endometrium-Patientinnen, eine Schwangerschaft zu verhüten.

Die Unterschiede sind signifikant mit $p=0,028$.

COITUS INTERRUPTUS:

Coitus interruptus praktizierten 18,5 % der Mamma-Patientinnen, im Gegensatz zu nur 3,7 % der Cervix- und 3,0 % der Endometrium-Patientinnen.

Die Unterschiede sind signifikant mit $p=0,007$.

OVULATIONSCHEMMER:

Hormonelle Kontrazeptionsmittel verwendeten 29,6 % der Cervix- und 35,9 % der Mamma-Patientinnen, aber nur 6,1 % der Frauen mit Endometrium-Carcinom.

Vergleicht man Cervix- mit Endometrium-Carcinom bzw. Mamma- mit Endometrium-Carcinom, so ergibt sich eine Signifikanz mit $p=0,027$ bzw. $p=0,001$.

INTRAUTERINPESSAR:

Eine Spirale ließen sich 3,7 % der Cervix- und 10,9 % der Mamma-Patientinnen einlegen, aber keine Frau mit Endometrium-Carcinom.

Eine Signifikanz mit $p=0,048$ ist nachweisbar.

STERILISATION:

Eine Sterilisation ließen 6,5 % der Frauen mit Mamma-Carcinom an sich vornehmen - als einzige der drei untersuchten Carcinomarten.

Die Antworten sind mit $p=0,023$ signifikant.

NATÜRLICHE METHODEN:

Eine weitere, häufig praktizierte Gruppe von Kontrazeptionsmethoden kann unter dem Oberbegriff

" Natürliche Methoden " zusammengefaßt werden. Sie wurden von 20,4 % der Cervix- , 21,2 % der Endometrium- und 35,9 % der Mamma-Patientinnen angewandt. ($p=0,079$)

Betrachtet man die Angaben zu den verschiedenen Methoden der Empfängnisverhütung, so zeigt sich, daß vor allem die Frauen mit Mamma-Carcinom eifrige Anwenderinnen der verschiedenen Methoden waren. Es fällt auch auf, daß ein hoher Prozentsatz von Mamma-Patientinnen verschiedene Methoden versuchten. Bei den beiden anderen Carcinomarten war der Anteil weitaus geringer.

5. SEXUALPROBLEME:

KOHABITATIONSSCHMERZEN:

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr traten vor allem bei den Patientinnen mit Cervix-Carcinom mit 20,4 % auf. Bei den Frauen mit Mamma-Carcinom waren es 16,3 % und bei denen mit Endometrium-Carcinom 15,2 %. ($p=0,164$)

GEFÜHLSKÄLTE:

Unter Gefühlskälte vor der Erkrankung litten vor allem Frauen mit Mamma-Carcinom mit 16,3 %, gefolgt von 11,2 % der Cervix- und 9,1 % der Endometrium-Patientinnen. ($p=0,485$)

D. PSYCHISCHE FAKTOREN:

Der Einfluß von psychischen Faktoren wird in Anlehnung an den allgemeinen Teil ebenfalls in zwei Bereiche untergliedert: zum einen die Trennungserlebnisse und zum anderen die von MEERWEIN beschriebenen Persönlichkeitszüge bei den Carcinompatienten.

I. TRENNUNGSERLEBNISSE:

1. TRENNUNG VON EINER WICHTIGEN BEZUGSPERSON IM KINDESALTER bzw. IN DER JUGENDZEIT:

VERLUST DER MUTTER:

Durch Trennung, Scheidung oder Tod verloren 25,9 % der Cervix- , 16,3 % der Endometrium- und 15,2 % der Mamma-Patientinnen ihre Mutter bis zum 20. Lebensjahr.

Betrachtet man die Zahlen bis zum 10. Lebensjahr, so zeigen sich nur geringfügige Unterschiede: 7,4 % der Cervix- , 6,1 % der Endometrium- und 5,4 % der Mamma-Patientinnen waren davon betroffen. ($p=0,914$)

VERLUST DES VATERS:

Bis zum 20. Lebensjahr verloren 22,2 % der Cervix- , 19,6 % der Mamma- und 15,2 % der Endometrium-Patientinnen ihren Vater durch Trennung, Scheidung oder Tod.

Untersucht man auch hier die Angaben über einen Verlust

des Vaters bis zum 10. Lebensjahr, so fällt auf, daß 18,5 % der Cervix- und 18,5 % der Mamma- sowie 15,2 % der Endometrium-Patientinnen ihren Vater in diesem Zeitraum verloren. ($p=0,512$)

Eine Trennung von der Mutter erfolgt vor allem zwischen dem 11. und 20. Lebensjahr, einem Lebensabschnitt, in dem der Einfluß der Mutter zwar von großer Bedeutung ist, aber keinen prägenden Charakter mehr hat wie in der frühen Kindheit.

Den Vater verloren diese Frauen dagegen hauptsächlich zwischen der Geburt und dem 10. Lebensjahr; wobei sich in diesem Zusammenhang die Frage stellt, wie prägend der Einfluß des Vaters auf die frühkindliche Entwicklung ist.

LÄNGERE TRENNUNG VON DEN ELTERN:

Durch Klinikaufenthalt, Krieg oder ähnliche Ereignisse wurden 35,2 % der Cervix- , 39,4 % der Endometrium- und 26,1 % der Mamma-Patientinnen von ihren Eltern für längere Zeit getrennt.

Eine genaue Aufgliederung der Zahlen zeigt, daß 52,6 % der betroffenen Cervix-Patientinnen zwischen dem 11. und 15. Lebensjahr, 45,8 % der betroffenen Mamma-Patientinnen ebenfalls zwischen dem 11. und 15. Lebensjahr von ihren Eltern getrennt wurden, während von den Endometrium-Patientinnen 30,8 % zwischen dem 6. und

10. Lebensjahr ohne ihre Eltern lebten.

Betrachtet man die frühe Kindheit, so haben bei allen drei Carcinomen jeweils ca. 16 % der betroffenen Frauen im Zeitraum bis zum 5. Lebensjahr von ihren Eltern getrennt gelebt. ($p=0,856$)

VERLUST EINER WICHTIGEN BEZUGSPERSON:

Eine wichtige Bezugsperson - ausgenommen die Eltern - haben 20,4 % der Cervix- und sogar 30,3 % der Endometrium- und 17,4 % der Mamma-Patientinnen verloren. Dabei fällt auf, daß die Frauen mit Endometrium-Carcinom erst ab dem 12. Lebensjahr diese Person verloren haben, während 27,3 % der Cervix- und 12,5 % der Mamma-Patientinnen, die betroffen waren, diese wichtige Bezugsperson bis zum 10. Lebensjahr verloren. ($p=0,668$)

2. BEZIEHUNG ZUM EHEMANN UND ZU DEN KINDERN:

VERHÄLTNIS ZUM EHEMANN:

Betrachtet man nun die Angaben der Frauen zu ihrer Ehe, so fällt auf, daß vor allem die Cervix-Patientinnen der Meinung waren, sie führten eine herzliche Ehe mit 77,8 % gefolgt vom Mamma-Carcinom mit 69,2 % und dem Endometrium-Carcinom mit 66,7 %.

Andererseits erklärten aber auch 13,0 % der Frauen mit Cervix-Carcinom, sie hätten ein schlechtes Verhältnis

zu ihrem Ehemann, während diese Aussage nur 9,1 % der Endometrium- und 6,6 % der Mamma-Patientinnen machten. Die Frauen mit Cervix-Carcinom führten also gehäuft die beiden Extrempositionen an, während beim Endometrium-Carcinom mit 21,2 % und beim Mamma-Carcinom mit 15,4 % auch das distanzierte Verhältnis zum Ehemann eine gewisse Rolle spielt. ($p=0,181$)

VERHÄLTNIS ZU DEN KINDERN:

Auch das Verhältnis zu den Kindern beurteilten vor allem die Frauen mit Cervix-Carcinom mit 83,3 % als herzlich, bei den Endometrium-Patientinnen waren es 69,7 % und bei den Mamma-Patientinnen 73,6 %.

Eine schlechte Beziehung zu ihren Kindern gaben nur 1,9 % der Cervix- , 9,1 % der Endometrium- und 2,2 % der Mamma-Patientinnen an. Als distanziert betrachteten 9,3 % der Cervix- , 6,1 % der Endometrium- und 14,3 % der Mamma-Patientinnen ihr Verhältnis zu den Kindern. ($p=0,485$)

II. CHARAKTERISTISCHE PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR:

In diesem Abschnitt beziehe ich mich vor allem auf die von MEERWEIN beschriebenen und auch im allgemeinen Teil zitierten Aussagen über die Persönlichkeitszüge von Krebspatienten.

1. " VERLEUGNUNG UND VERDRÄNGUNG "

Auseinandersetzungen werden von 63,6 % der Endometrium-, 55,4 % der Mamma- und nur 46,3 % der Cervix-Patientinnen aufgeschoben oder vermieden. ($p=0,568$)

Niedergeschlagenheit oder Verärgerung zeigen 81,8 % der Endometrium- und 73,9 % der Mamma- und nur 61,1 % der Cervix-Patientinnen nicht nach außen hin, sondern sie versuchen ruhig und ausgeglichen zu wirken. ($p=0,692$)
Vergleicht man nur die Angaben von Cervix- und Endometrium-Carcinom auf Signifikanz, so ergibt sich ein signifikanter Unterschied mit $p=0,043$.

Auf die Frage, ob sie sich nach kritischen Situationen Gedanken über ihre Handlungsweise machten, antworteten 29,6 % der Cervix- , 24,2 % der Endometrium- und 21,7 % der Mamma-Patientinnen mit nein. Für sie ist die Angelegenheit dann abgeschlossen. ($p=0,704$)

Vergleicht man die beschriebenen Aussagen der drei Carcinome, so fällt auf, daß vor allem die Frauen mit Cervix-Carcinom ihre Probleme und Konflikte aktiver angehen als die beiden anderen Carcinome - vor allem das Endometrium-Carcinom - und nach außen hin auch zeigen, wie sie sich fühlen. Andererseits ist ihre Neigung zu Selbstkritik weniger ausgeprägt als bei den anderen beiden Carcinomen.

2. " EXTRAVERSION "

Den ersten Schritt, neue Bekannte zu gewinnen, machten 38,9 % der Cervix- , 42,2 % der Endometrium- und sogar 47,8 % der Mamma-Patientinnen. Also mehr als die Hälfte der Frauen warteten darauf, angesprochen zu werden. ($p=0,592$)

Trotzdem können sich 55,6 % der Cervix- , 57,6 % der Endometrium- und sogar 62,0 % der Mamma-Patientinnen in einer Gesellschaft ungezwungen geben. ($p=0,739$)

Auf Geselligkeit legen 48,5 % der Endometrium- , 50,0 % der Cervix- und sogar 62,0 % der Mamma-Patientinnen großen Wert. ($p=0,310$)

Allerdings verhielten sich 39,1 % der Mamma- und 39,4 % der Endometrium- und sogar 53,7 % der Cervix-Patientinnen in einer Gesellschaft schweigsam. ($p=0,353$)

3. " VERMINDERTER AUSDRUCK VON ÄRGER UND WUT "

Unter diesem Aspekt kann man natürlich auch das Gefühl von Angst und vor allem die Reaktion darauf beschreiben. Die Frage, ob sie häufig Angst empfänden, bejahten 31,5 % der Cervix- , 33,3 % der Endometrium- und 27,2 % der Mamma-Patientinnen. Die Unterschiede zeigen eine Signifikanz mit $p=0,048$.

Die Ursache der Angst wird von 30,2 % der Cervix- und 26,1 % der Mamma-Patientinnen, aber nur von 6,1 % der Frauen mit Endometrium-Carcinom aktiv angegangen. Mit Flucht reagierten dagegen 33,3 % der Endometrium- , aber nur 20,8 % der Cervix- und 21,7 % der Mamma-Patientinnen. Auch eine abwartende Haltung legten vor allem Frauen mit Endometrium-Carcinom mit 42,4 % an den Tag, aber nur 30,2 % der Cervix- und 31,5 % der Mamma-Patientinnen. ($p=0,795$)

Vergleicht man nur Endometrium- mit Mamma-Carcinom bzw. Endometrium- mit Cervix-Carcinom, so ergibt sich eine Signifikanz mit $p=0,045$ bzw. $p=0,041$.

Innere Spannung und Nervosität zeigten nur 20,4 % der Cervix- , aber 51,5 % der Endometrium- und 43,5 % der Mamma-Patientinnen. Diese Aussagen erweisen sich als signifikant mit $p=0,044$.

4. INSUFFIZIENZGEFÜHLE

Überfordert von den Aufgaben und Problemen des Lebens fühlten sich nur 18,6 % der Cervix- und 29,4 % der Mamma-Patientinnen, aber 45,5 % der Endometrium-Patientinnen. ($p=0,585$)

Diese Überlastung wurde nun noch aufgegliedert in die Bereiche Beruf, Haushalt und sozialer bzw. zwischenmenschlicher Bereich.

Durch den Beruf fühlten sich 31,5 % der Cervix- , 37,0 % der Mamma- und sogar 42,4 % der Endometrium-Patientinnen überfordert. ($p=0,583$)

Über Überlastung durch den Haushalt klagten 40,7 % der Cervix- , 39,4 % der Endometrium- und 41,3 % der Mamma-Patientinnen. ($p=0,586$)

Durch zwischenmenschliche und soziale Probleme fühlten sich 31,5 % der Cervix- und 46,7 % der Mamma- und sogar 51,5 % der Endometrium-Patientinnen überlastet. ($p=0,146$)

Unzufrieden mit dem bisher erreichten sind 24,1 % der Cervix- , 20,7 % der Mamma- und 30,3 % der Endometrium-Patientinnen. Die Unterschiede erweisen sich als signifikant mit $p=0,022$.

Zugunsten der Familie oder von Freunden haben 87,0 % der Cervix- und 84,8 % der Endometrium- und 83,7 % der Mamma-Patientinnen auf die Verwirklichung eigener Wünsche verzichtet. ($p=0,639$)

Unter Schuldgefühlen und schlechtem Gewissen litten 20,4 % der Cervix- , 27,3 % der Endometrium- und 24,2 % der Mamma-Patientinnen. ($p=0,603$)

3,7 % der Cervix- und 10,9 % der Mamma- und sogar 21,2 % der Endometrium-Patientinnen gaben an, ihr Leben hätte sich in vieler Hinsicht nicht gelohnt.

Der Vergleich von Cervix- mit Endometrium-Carcinom ergibt signifikante Unterschiede mit $p=0,036$.

5. " AUTORITÄTSGLÄUBIGKEIT "

21,2 % der Cervix- , 30,3 % der Endometrium- und 38,5 % der Mamma-Patientinnen glaubten, daß ihr Leben vor allem von äußeren Umständen und anderen Leuten bestimmt wird.

Die Unterschiede sind signifikant mit $p=0,049$.

Die Frage, ob sie sich von anderen Menschen abhängig fühlten, bejahten 20,4 % der Cervix- , 19,6 % der Mamma-, aber nur 6,1 % der Endometrium-Patientinnen. Der Vergleich von Endometrium- mit Mamma-Carcinom zeigt eine Signifikanz mit $p=0,049$ und der von Cervix- mit Endometrium-Carcinom ein $p=0,055$.

In ihrer Arbeit gründlicher und gewissenhafter wollten 64,8 % der Cervix- , 69,6 % der Mamma- und 72,7 % der Endometrium-Patientinnen sein. ($p=0,969$)

Bei Problemen fragten nur 55,6 % der Cervix- , aber 66,7 % der Endometrium- und sogar 71,4 % der Mamma-Patientinnen um Rat und ließen sich helfen. ($p=0,053$)

6. " FLACHE, VERWUNDBARE, ZWISCHENMENSCHLICHE BEZIEHUNGEN "

Frage man die Frauen, wie sie von ihren Freunden eingeschätzt würden, so waren 24,2 % der Endometrium-

und 18,5 % der Mamma- , aber sogar 40,7 % der Cervix-Patientinnen der Meinung, ihre Leistung würde mehr geschätzt als ihre Person. Eine Signifikanz ergibt sich mit $p=0,038$.

Aber akzeptiert von anderen Personen fühlten sich 85,2 % der Cervix- , 87,9 % der Endometrium- und 90,2 % der Mamma-Patientinnen. ($p=0,699$)

Die Frage, ob sie sich liebenswert fänden, bejahten nur 64,8 % der Cervix- , aber 77,2 % der Mamma- und 84,8 % der Endometrium-Patientinnen. ($p=0,268$)

70,4 % der Cervix- und 72,7 % der Endometrium- und sogar 91,3 % der Mamma-Patientinnen glaubten, daß sie fähig seien, eine emotionale Beziehung aufzubauen. Die Unterschiede weisen eine Signifikanz mit $p=0,002$ auf.

In ihren Gefühlen sehr verletzlich und empfindlich waren 44,5 % der Cervix- , 43,5 % der Mamma- und 54,5 % der Endometrium-Patientinnen. ($p=0,725$)

Frage man die Frauen, ob sie sich oft einsam fühlten, so bejahten 26,0 % der Cervix- , 21,5 % der Endometrium- und 18,5 % der Mamma-Patientinnen dies. ($p=0,908$)

In Gegenwart von Freunden fühlten sich auch 18,5 % der Cervix- , 12,1 % der Endometrium- und 14,1 % der Mamma-Patientinnen einsam. ($p=0,543$)

7. " NEIGUNG ZU HOFFNUNGSLOSIGKEIT UND VERZWEIFLUNG "

Über die Vergangenheit grübelten 39,4 % der Endometrium- und 39,1 % der Mamma- , aber sogar 51,9 % der Cervix-Patientinnen viel nach. ($p=0,303$)

Traurig und hoffnungslos gestimmt waren 16,7 % der Cervix- , 21,3 % der Endometrium- und 22,8 % der Mamma-Patientinnen. ($p=0,168$)

Erschöpft und lebensmüde fühlten sich 27,8 % der Cervix- , 27,3 % der Endometrium- und 27,2 % der Mamma-Patientinnen. ($p=0,994$)

Häufig geweint haben 37,1 % der Cervix- , 39,4 % der Endometrium- und 31,5 % der Mamma-Patientinnen. ($p=0,796$)

Gehemmt und ohne Antrieb fühlten sich 16,7 % der Cervix- und 18,2 % der Endometrium- , aber nur 9,8 % der Mamma-Patientinnen. ($p=0,292$)

14,8 % der Cervix- , 17,4 % der Mamma- und sogar 30,3 % der Endometrium-Patientinnen gaben an, sie seien stark und belastbar. ($p=0,263$)

In ihrer Handlungsweise waren 25,9 % der Cervix- , 30,3 % der Endometrium- und sogar 44,4 % der Mamma-Patientinnen nicht sicher. Die Unterschiede sind signifikant mit $p=0,020$.

68,5 % der Cervix- , 69,7 % der Endometrium- und 60,9 % der Mamma-Patientinnen waren der Meinung, sie seien keine dominanten Persönlichkeiten, sie ließen sich gerne von anderen Personen führen. ($p=0,459$)

Die Frauen wurden auch gefragt, mit welchen Gefühlen sie in die Zukunft sähen. Bei allen drei Carcinomen blickten mehr als 50 % vertrauensvoll in die Zukunft (Cervix 57,4 %, Endometrium 54,5 % und Mamma 57,6 %). Angst hatten 22,2 % der Cervix- und 29,3 % der Mamma- , aber 39,4 % der Endometrium-Patientinnen.

Wechselnde Gefühle brachten 13,0 % der Mamma- , 11,1 % der Cervix- und nur 6,1 % der Endometrium-Patientinnen der Zukunft entgegen. ($p=0,117$)

Vergleicht man nur Cervix- mit Mamma-Carcinom, so ergibt sich eine Signifikanz mit $p=0,021$.

D I S K U S S I O N

Ziel dieser Arbeit ist es vor allem, die Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten in den psychischen, sozialen, gynäkologischen und sexuellen Faktoren herauszuarbeiten, die alle auf die Entwicklung von Cervix- , Endometrium- und Mamma-Carcinom einwirken können.

An den Anfang der Diskussion der Ergebnisse soll die Frage gestellt werden, in wieweit mit einer derartigen Untersuchung allgemeingültige Aussagen gemacht werden können.

In dieser Arbeit wurde ein sehr eng ausgewähltes Krankengut verwertet: nur Frauen zwischen einem und fünf Jahren nach Primärtherapie, sowie Frauen, die zum Zeitpunkt der Befragung noch frei von Rezidiven und Metastasen waren.

Die Frauen, die am Klinikum Großhadern ausgewählt wurden, wurden aus arbeitstechnischen Gründen unmittelbar vor der Nachsorgeuntersuchung befragt. Die Patientinnen aus Bad Trissl wurden im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts zur Nachsorge bzw. zur Kur interviewt.

Es stellt sich also die Frage, in wieweit die bestehende Angst vor einer möglichen Verschlechterung der Erkrankung die Antworten beeinflusst haben kann.

Als Befragungsmodus wurde ein retrospektives Interview

gewählt. Bei einem derartigen Modus muß diskutiert werden, in welchem Ausmaß die Krebserkrankung mit allen sich daraus ergebenden Folgen für Lebenssituation und die Persönlichkeit der Patientinnen die Antworten vor allem auf den Komplex der psychischen Fragen beeinflußt hat. Waren manche Eigenschaften und Eigenheiten bereits vor der Erkrankung so ausgeprägt oder wurden sie durch die Krankheit verstärkt? In dieser Untersuchung wurde versucht, durch die Aufgliederung der Antwortmöglichkeiten einen gewissen Einblick vor allem in die psychische Situation vor der Diagnosestellung zu gewinnen; allerdings läuft die Beeinflussung der Psyche durch die Erkrankung vor allem auf einer unbewußten Ebene ab, so daß eine genaue Trennung sicher nicht immer möglich ist.

Aus diesen Einschränkungen kann man ersehen, daß mit dieser Untersuchung nur tendentielle Aussagen über ein bestimmtes Krankengut gemacht werden können, die aber nicht ohne weiteres auf die Allgemeinbevölkerung ausgeweitet werden dürfen.

Die Altersverteilung der einzelnen Carcinome weist signifikante Unterschiede vor allem zwischen Cervix- bzw. Mamma-Carcinom und Endometrium-Carcinom auf. Cervix- und Mamma-Carcinome treten in jedem Alter auf, gehäuft aber in jüngeren Jahren (Häufigkeitsgipfel bei 41 bis 50 Jahren). Das Endometrium-Carcinom dagegen trat in dieser

Untersuchung nur zwischen dem 46. und 68. Lebensjahr auf mit einem Maximum bei 51 bis 60 Jahren.

Die Altersverteilung dieses Patientenguts stimmt in etwa mit den in der Literatur beschriebenen Angaben überein. Die von LOGAN (1953) beschriebenen Unterschiede zwischen den Carcinomen bezüglich des Familienstands (beim Endometrium- und Mamma-Carcinom gehäuft unverheiratete oder alleinstehende Frauen, beim Cervix-Carcinom verheiratete, aber auch verwitwete oder geschiedene Frauen) konnten bei dieser Untersuchung nur bedingt gefunden werden.

Im untersuchten Patientengut waren mehr Frauen mit Mamma- und Endometrium-Carcinom verheiratet als Frauen mit Cervix-Carcinom. Auch die Rate an alleinstehenden Frauen war nicht deutlich höher als beim Cervix-Carcinom. Eine Feststellung aus der Literatur trifft jedoch zu: unter den Cervix-Patientinnen fand sich die höchste Rate an Scheidungen sowie die höchste Rate an gestörten Beziehungen.

Betrachtet man den Bereich der Berufstätigkeit, so zeigt sich, daß im Vergleich zu Cervix- und Endometrium-Carcinom die Frauen mit Mamma-Carcinom beruflich weitaus aktiver waren: deutlich mehr Mamma-Patientinnen schlossen eine Berufsausbildung ab (signifikanter Unterschied zu den beiden anderen Carcinomen) und deutlich weniger

Mamma-Patientinnen gaben ihren Beruf aufgrund von Heirat oder Geburt der Kinder auf.

Auf die Frage, welche Bedeutung der Beruf für sie habe, gaben vor allem die Frauen mit Cervix-Carcinom an, der Beruf sei von zentraler Bedeutung für ihr Leben, sei eine Art Selbstbestätigung für sie.

Auch im gynäkologischen Bereich finden sich einige Auffälligkeiten.

Aus den Angaben zu " Dysmenorrhoe " sind im Rahmen dieser Untersuchung aufgrund der vielschichtigen Ursachen keine schlüssigen Interpretationen zu ziehen.

Es fällt aber auf, daß in dieser Untersuchung hauptsächlich Frauen mit Endometrium- und Mamma-Carcinom über dysmenorrhoeische Beschwerden klagten.

Ebenso finden sich vor allem beim Endometrium-Carcinom und beim Mamma-Carcinom Frauen mit Hypermenorrhoe.

Dysmenorrhoe und Hypermenorrhoe wurden von EICHER und HERMS (1979, 1981) auch signifikant gehäuft in der Anamnese vor der Erkrankung bei Mammacarcinompatientinnen gefunden.

Das von SCHMALE/IKER beschriebene frühe Auftreten der Menarche beim Cervix-Carcinom fand in diesem Patientengut keine Bestätigung, die Angaben waren bei allen drei Carcinomen mit kleinen Unterschieden sehr ausgeglichen.

EICHER (1977, 1979) und LOGAN (1953) beschreiben in ihren

Arbeiten, daß Frauen mit Endometrium- oder Mamma-Carcinom vermehrt kinderlos blieben, während Frauen mit Cervix-Carcinom kinderreich seien. Diese Tendenz konnte auch in dieser Untersuchung gefunden werden. Mehr Endometrium- und Mamma-Patientinnen haben keine Kinder bekommen, während deutlich mehr Frauen mit Cervix-Carcinom drei und mehr Kinder gebären. Signifikant sind diese Zahlen aber nicht. Diese Ergebnisse sind im großen und ganzen mit den Zahlen der Untersuchung von EICHER vergleichbar. Unterschiede ergeben sich vor allem bei den Angaben des Endometrium-Carcinoms. In dieser Befragung hatten die Patientinnen im Durchschnitt mehr Spontangeburt und eine geringere Rate an Kinderlosigkeit als in der Untersuchung von EICHER (1977), die beschriebene Tendenz bestätigt sich aber trotzdem.

Deutlich mehr Cervix-Patientinnen haben ihre Kinder auch gestillt, gefolgt von Endometrium- und Mamma-Carcinom. Fehlgeburten erlitten 30 % der Endometrium- gefolgt von Cervix- und Mamma-Patientinnen mit je 24 %.

Bei den Schwangerschaftsabbrüchen und Totgeburten zeigen sich ebenfalls keine großen Unterschiede. Aber mehr Cervix-Patientinnen mußten den Verlust mindestens eines Kindes verarbeiten.

Mit deutlichem Abstand zu Cervix- und Mamma-Carcinom wurde im Elternhaus von Endometrium-Patientinnen das

Thema Sexualität tabuisiert. Hier mag es eine Rolle spielen, daß die Frauen mit Cervix- und Mamma-Carcinom deutlich jünger waren als die Endometrium-Patientinnen.

Die in der Literatur beschriebene sexuelle Aktivität beim Cervix-Carcinom bzw. die " sexuelle Zurückhaltung " bei Mamma- und Endometrium-Carcinom (EICHER 1977, 1979/ MEERWEIN 1981) kann zum Teil auch in dieser Untersuchung nachgewiesen werden. Im Durchschnitt begannen die Frauen mit Cervix-Carcinom früher mit dem Geschlechtsverkehr als die beiden anderen Carcinome, vor allem als das Endometrium-Carcinom. Zur Untersuchung von EICHER (1979) über das Mamma-Carcinom zeigen sich kleine Unterschiede hinsichtlich der Kohabitarche: 1979 lag sie durchschnittlich bei 20,7 Jahren (Kontrollgruppe 20,2 Jahre), in der aktuellen Untersuchung bei 19,3 Jahren, was auch mit dem zeitlichen Unterschied von 8 Jahren zwischen beiden Untersuchungen zusammenhängen mag. Es besteht aber weiter ein deutlicher Abstand zum Cervix-Carcinom.

Auch die Partnerzahl lag beim Cervix-Carcinom höher als bei den beiden anderen Carcinomen (falls man die extreme Angabe von 70 Partnern bei einer Mamma-Patientin außer Acht läßt.). Beim Mamma-Carcinom waren die Antworten zur Partnerzahl von 0 bis 70 sehr breit gestreut, aber im Durchschnitt hatten sie weniger Partner als das Cervix-Carcinom.

Die beschriebene Tendenz der aktuellen Untersuchung setzt sich auch bei den Angaben zur Kohabitationsfrequenz fort. Die Frauen mit Cervix-Carcinom waren sexuell deutlich aktiver als das Mamma- und vor allem das Endometrium-Carcinom. Vor allem die beiden letztgenannten gaben an, sie hätten überhaupt keinen Geschlechtsverkehr mehr. Diese Unterschiede sind signifikant.

Betrachtet man die Antworten zu den angewandten Kontrazeptionsmethoden, so zeigt sich, daß hauptsächlich Frauen mit Mamma-Carcinom die verschiedenen Methoden verwendeten, gefolgt von Cervix- und in deutlichem Abstand von Endometrium-Carcinom. Condome wurden aber am wenigsten von Cervix-Patientinnen benützt, was die Hypothese unterstützt, daß das Cervix-Carcinom ein Reizcarcinom ist und von dem Kondom ein gewisser Schutz ausgeht.

Ein hoher Prozentsatz von Frauen mit Mamma-Carcinom versuchte auch mehrere verschiedene Methoden.

Die Zahlen zu den verschiedenen Verhütungsmethoden zeigen alle bis auf die Angaben zu " Natürliche Methoden " signifikante Unterschiede.

Die Frauen wurden auch gefragt, ob sie unerwartet schwanger wurden und ob sie zu diesem Zeitpunkt eine Verhütungsmethode anwendeten. Dabei zeigt sich, daß Frauen mit Cervix- und Endometrium-Carcinom vor allem trotz Einnahme von Kontrazeptionsmitteln schwanger wurden,

während die Mamma-Patientinnen gehäuft ohne Verhütungsmittel unerwartet schwanger wurden. Die Unterschiede sind signifikant.

Daraus kann man schließen, daß diese Frauen mit Cervix- oder Endometrium-Carcinom entweder sehr unsichere Methoden anwandten oder daß die Anwendung der Methode sehr unzuverlässig erfolgte.

Bei signifikant mehr Cervix-Patientinnen war eine unerwartete Schwangerschaft auch Anlaß zur Heirat (diese Zahlen sind vergleichbar mit den früheren Untersuchungen von EICHER).

Faßt man die bisher beschriebenen Antworten zum sexuellen Bereich zusammen, so zeigt sich, daß die Cervix-Patientinnen im untersuchten Patientengut sexuell deutlich aktiver waren als die Frauen mit einem der beiden anderen Carcinome - vor allem als das Endometrium-Carcinom -, daß sie sich aber weitaus sorgloser als die Mamma-Patientinnen verhielten, was aus den Angaben zu den Kontrazeptionsmethoden ersichtlich ist.

In diesem Zusammenhang sei auch erwähnt, daß neueste Untersuchungen (PEJOVIC/THUAIRE 1986) für eine sexuelle Übertragung des Cervix-Carcinoms sprechen, wobei bestimmten Papilloma-Viren (HPV-16, HPV-18) eine wichtige Rolle in der Entwicklung des Cervix-Carcinom zukommen soll.

Die Frauen wurden natürlich auch zu ihrem Interesse an

Sexualität und zu Hingabefähigkeit sowie Satisfaktion befragt. Aus den Angaben ersieht man, daß die Frauen mit Cervix-Carcinom im Vergleich zum Mamma-Carcinom eine ausgeprägtere Fähigkeit zur Hingabe und zum Gefühl der Befriedigung zeigen, daß ihr Interesse an Sexualität aber geringer ausgeprägt ist als bei den Frauen mit Mamma-Carcinom. Ein Vergleich mit den Ergebnissen von EICHER (1977, 1979) bestätigt in etwa die Tendenz dieser Untersuchung.

Die Endometrium-Patientinnen weisen ein deutliches Defizit in ihrem Sexualleben auf hinsichtlich Interesse an Sexualität, Hingabefähigkeit und auch Satisfaktion. Diese Ergebnisse setzen die Tendenz der " sexuellen Zurückhaltung " und auch der geringeren Fertilität fort. Es stellt sich nun die Frage, ob diese Zurückhaltung vor allem durch das durchschnittlich höhere Alter der Endometrium-Patientinnen bedingt ist oder ob sich noch die Erziehung - hauptsächlich die Tabuisierung der Sexualität in ihrer Kinder- und Jugendzeit - bemerkbar macht oder ob es sich um ein primäres Persönlichkeitsmerkmal handelt.

Unter Schmerzen bei der Kohabitation litten 20 % der Cervix-Patientinnen, knapp gefolgt von den Frauen mit Mamma- und Endometrium-Carcinom.

Der komplexe Bereich der psychischen Faktoren soll auch in der Diskussion nach den beiden Hauptthesen

- Trennungserlebnisse und Persönlichkeitsmerkmale -
abgehandelt werden.

Bei den Trennungserlebnissen in der frühesten Kindheit und Jugendzeit zeigen sich zwischen den drei Carcinomen keine wesentlichen Unterschiede, die die Schlußfolgerung erlauben würden, daß bei einem der Carcinome vor allem die Trennung in der frühen Kindheit die Entwicklung dieses Carcinoms begünstigen würde.

Die Frage, ob Trennungserlebnisse ganz allgemein die Entwicklung von Krebs beeinflussen, wird im Rahmen dieser Untersuchung nicht abgehandelt.

Betrachtet man die aktuelle familiäre Situation, so sind bei den Frauen mit Cervix-Carcinom etwas divergierende Antworten zu finden. 57 % gaben an, sie hätten eine intakte Beziehung, andererseits bezeichneten 78 % ihr Verhältnis zum Ehemann als herzlich. Beim Cervix-Carcinom finden sich auch vermehrt Äußerungen über eine gestörte Beziehung bzw. ein schlechtes Verhältnis zum Ehegatten. Beim Mamma-Carcinom stimmen die Angaben zu beiden Items in etwa überein: ungefähr 68 % hatten ein intaktes Verhältnis zu ihrem Partner, es dominiert auch die Antwort über eine gute Ehe.

Beim Endometrium-Carcinom fällt auf, daß überdurchschnittlich viele Frauen verwitwet sind bzw. keine Beziehung mehr haben. In der Untersuchung von EICHER (1977) waren deutlich weniger Endometrium-Patientinnen allein-

stehend (10 % gegenüber 30,3 % aktuell). Auch gaben in den früheren Untersuchungen mehr Patientinnen an, sie hätten ein herzliches Verhältnis zu ihrem Ehemann (80 % gegenüber 66,7 % aktuell).

Auch beim Verhältnis zu den Kindern fällt auf, daß vor allem die Frauen mit Cervix-Carcinom eine herzliche Beziehung zu ihren Kindern hatten, gefolgt von Mamma- und Endometrium-Carcinom. Die Untersuchungen von EICHER zeigen eine vergleichbare Tendenz.

Ein schlechtes Verhältnis zu ihren Kindern hatten vor allem die Endometrium-Patientinnen mit 10 % (die beiden anderen Carcinome jeweils 2 %), und als distanziert betrachteten vor allem die Mamma-Patientinnen ihre Beziehung zu ihren Kindern.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Ursachenforschung behandelt die charakteristischen Persönlichkeitszüge bei Carcinompatienten. MEERWEIN (1981) hat diese Merkmale aufgelistet und zum Teil bestimmten Carcinomen zugeordnet. Auch EICHER hat in seinen Untersuchungen einen Teil dieser Merkmale abgehandelt.

Die unter dem Oberbegriff " Verleugnung und Verdrängung " beschriebenen Aussagen zeigen, daß vor allem die Frauen mit Cervix-Carcinom versuchen, ihre Meinungsverschiedenheiten auszutragen und auch ihre Gefühle nach außen hin zu zeigen. Sie gehen ihre Probleme aktiver an als die beiden anderen Carcinome. Andererseits ist ihre

Selbstkritik weniger ausgeprägt als bei den beiden anderen Carcinomen, wobei vor allem die Frauen mit Mamma-Carcinom über ihre Probleme und ihre Handlungsweise nachdenken. Diese u.a. von MEERWEIN beschriebene Tendenz zur Verdrängung bei Carcinom-Patienten konnte in dieser Untersuchung nicht gefunden werden. Bei den Cervix-Patientinnen fand sich sogar eine gegensätzliche Haltung. Die Gegenposition in der Verarbeitung ihrer Probleme und Konflikte stellen die Frauen mit Endometrium-Carcinom dar. Sie versuchen, nach außen hin ruhig und ausgeglichen zu wirken, und tragen ihre Konflikte nicht aus.

Die Mehrzahl der befragten Frauen legten großen Wert auf Geselligkeit, aber vor allem traf dies für das Mamma-Carcinom zu. Sie geben sich in der Gesellschaft auch ungezwungener, versuchen von sich aus, neue Bekannte zu gewinnen, und sind gesprächiger als die beiden anderen Carcinome.

Die Frauen mit Cervix-Carcinom legen zwar auch großen Wert auf geselligen Umgang, aber es fällt ihnen schwer, den ersten Schritt zu machen, um neue Bekannte zu gewinnen. Ebenso fällt es ihnen auch schwer, aus sich herauszugehen und sich gesprächig zu geben. Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede zu EICHER (1977), der in seinem Patientengut mit Cervix-Carcinom eine höhere Rate an Kontaktfreudigkeit und unbeschwertem Verhalten in der Gesellschaft fand. Vergleichbar mit der Voruntersuchung von EICHER (1977)

geben sich auch in dieser Befragung die Endometrium-Patientinnen weniger kontaktfreudig.

Mit kleinen Schwankungen sagten ca. 30 % der Frauen aus, sie empfänden häufig Angst. Aber in der Reaktion und in der Verarbeitung der Angst zeigen sich doch Unterschiede. Frauen mit Cervix- oder Mamma-Carcinom versuchen, die Ursache der Angst aktiv anzugehen oder nehmen eventuell noch eine abwartende Haltung ein. Die Patientinnen mit Endometrium-Carcinom gaben dagegen an, sie würden die Ursache der Angst meiden, vor ihr fliehen oder eventuell auch abwarten. (Die Unterschiede sind auch signifikant.). Diese Haltung der Endometrium-Patientinnen stimmt auch mit ihren Aussagen überein, daß sie ihre Meinungsverschiedenheiten nicht austragen und für die Mitmenschen immer ausgeglichen sein wollen.

Überfordert mit den Problemen des Lebens und überlastet durch Beruf und zwischenmenschliche oder soziale Probleme waren gehäuft die Frauen mit Endometrium-Carcinom, gefolgt von Mamma-Carcinom. Am wenigsten ausgeprägt war diese Überforderung beim Cervix-Carcinom.

Vor allem auch Endometrium-Patientinnen waren der Meinung, daß sich ihr Leben in vieler Hinsicht nicht gelohnt habe; diese Antwort wurde ebenso am wenigsten von den Cervix-Patientinnen vertreten.

Daraus ergibt sich beim Endometrium-Carcinom auch eine

gewisse Unzufriedenheit mit dem, was sie bisher erreicht haben (ein signifikanter Unterschied zwischen den Carcinomen).

Wie sich aus dem soeben gesagten ergibt, scheinen vor allem die Frauen mit Endometrium-Carcinom bei der Lösung von Problemen des Lebens mehr Schwierigkeiten zu haben und ihre - vielleicht zu hoch gesteckten - Ziele nicht erreichen zu können. Ganz im Gegensatz zu den Frauen mit Cervix-Carcinom, die nach ihren Angaben die Schwierigkeiten und Aufgaben des Lebens relativ leicht und zufriedenstellend scheinen meistern zu können.

Was die Beeinflussung durch andere Personen oder äußere Umstände anbelangt, so glauben vor allem Frauen mit Mamma-Carcinom, daß ihr Leben von äußeren Umständen bestimmt wird. Die Unterschiede zu den Cervix-Patientinnen sind signifikant.

Etwas weniger Frauen - Cervix- und Mamma-Carcinom in gleichem Maße - glauben, daß ihre Person von anderen Menschen beeinflußt, ja eventuell sogar abhängig ist. Die Mehrzahl der befragten Frauen läßt sich auch bei Problemen beraten, vor allem die Frauen mit Mamma-Carcinom, gefolgt von Endometrium- und in deutlichem Abstand vom Cervix-Carcinom.

Im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen scheinen vor allem die Frauen mit Cervix-Carcinom mit Problemen zu kämpfen haben. Sie sind gehäuft der Meinung, daß ihre

Leistung mehr geschätzt werde als ihre Persönlichkeit, sie fühlen sich von ihren Mitmenschen weniger akzeptiert, finden sich selbst weniger liebenswert, halten sich oft nicht für fähig, eine emotionale Beziehung aufzubauen, und fühlen sich auch in Gegenwart von Freunden oft einsam. Die Patientinnen mit Mamma-Carcinom dagegen sind in weit größerem Maße von ihrer Person und von ihrer Beziehungsfähigkeit überzeugt. Die Frauen mit Endometrium-Carcinom schwankten in ihren Antworten zwischen diesen beiden Positionen.

Wie bereits gesagt, gehen die Frauen mit Cervix-Carcinom ihre Probleme aktiver an, üben aber weniger Selbstkritik als die beiden anderen Carcinome. Aber sie grübeln viel über die Vergangenheit nach.

Die Aussagen zu Traurigkeit, Erschöpftsein und Weinen zeigen keine deutlichen Unterschiede zwischen den drei Carcinomarten. Ein Vergleich mit der Untersuchung von EICHER 1977 und 1979 zeigt, daß auch in der aktuellen Untersuchung im Vergleich zur Kontrollgruppe von damals vor allem die Frauen mit Mamma- und Endometrium-Carcinom ein Gefühl der Traurigkeit äußerten im Gegensatz zum Cervix-Carcinom.

Ungefähr ein Drittel der Patientinnen weint häufig. Obwohl sich weniger Cervix- und Mamma-Patientinnen von Beruf, Haushalt oder zwischenmenschlichen Problemen überlastet fühlten, geben doch deutlich weniger

Patientinnen dieser beiden Carcinome an, sie seien stark und belastbar (in deutlichem Gegensatz zum Endometrium-Carcinom).

Vor allem die Frauen mit Mamma-Carcinom handelten nicht schnell und sicher, trotzdem übernahmen sie bei Aktionen gerne die Führung.

Bei den Frauen mit Cervix- oder Endometrium-Carcinom war dagegen die Gegenposition stark vertreten: sie zeigten Sicherheit in ihrer Handlungsweise, ließen sich aber gerne von anderen Personen führen.

Die Patientinnen wurden auch gefragt, mit welchen Gefühlen sie in die Zukunft sähen. Mehr als die Hälfte der Frauen blickte mit Vertrauen und Zuversicht in die Zukunft. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Carcinomen waren nur gering ausgeprägt. Mit Angst blickten vor allem die Endometrium-Patientinnen in die Zukunft. Die Antworten differieren signifikant voneinander.

Zusammenfassend kann man sagen, daß Unterschiede zwischen den drei Carcinomen sich hauptsächlich in den Bereichen Sexualität und zwischenmenschliche Beziehungen zeigen, während vor allem der Komplex Trennungserlebnisse und Depression nur sehr vage Schlüsse auf eine Beeinflussung der Krebserkrankung zuläßt.

Z U S A M M E N F A S S U N G

Dieser Untersuchung liegt eine Befragung von 179 Patientinnen mit Cervix- , Endometrium- oder Mamma-Carcinom zugrunde. Ziel der Befragung war es, die Unterschiede und auch Gemeinsamkeiten zwischen den drei Carcinomarten in den Bereichen Psychologie, Soziologie, Gynäkologie und Sexologie herauszuarbeiten.

Aufgrund des angewandten Befragungsmodus und des nach engen Kriterien ausgewählten Patientenguts können mit dieser Arbeit nur tendentielle Aussagen gemacht werden, die nicht ohne Einschränkungen auf die Allgemeinbevölkerung ausgeweitet werden dürfen.

Ebenso muß kritisch überdacht werden, in wieweit vor allem die Antworten auf die psychischen Fragen durch die Krankheit beeinflusst sind, da als Modus eine retrospektive Untersuchung verwendet wurde.

Die Neigung zu Depression und das Gefühl von Hoffnungslosigkeit scheinen bei den Carcinomen in ähnlichem Maße ausgeprägt zu sein.

Unterschiede zwischen den drei Carcinomen zeigen sich hauptsächlich in den Bereichen Sexualität, zwischenmenschliche Beziehungen und Bewältigung der Probleme des Lebens.

Sexuell sind die Frauen mit Cervix-Carcinom aktiver als die beiden anderen Carcinome. Sie hatten ihre

Kohabitarche früher, hatten durchschnittlich mehr Partner und mehr Kinder sowie eine höhere Kohabitationsfrequenz.

In ihren zwischenmenschlichen Beziehungen fühlen sich die Cervix-Patientinnen im Gegensatz vor allem zum Mamma-Carcinom häufig zurückgesetzt, und haben kein Vertrauen in ihre Persönlichkeit. Bei ihnen findet sich auch eine erhöhte Rate an Scheidungen bzw. an gestörten Beziehungen.

Dagegen scheinen Frauen mit Cervix- und zum Teil auch Mamma-Carcinom mit den Problemen und Konflikten des Lebens besser zurecht zu kommen als die Endometrium-Patientinnen. Erstere zeigen ihre Gefühle auch nach außen hin, während die Endometrium-Patientinnen Wert auf ein harmonisches, ruhiges Leben legen.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

1. BAHNSON, C.B.

Krebs in psychosomatischer Dimension

In: TH.v.UEXK^{!!}LL, Lehrbuch der Psychosomatischen
Medizin

Urban und Schwarzenberg, 1979

2. BOOTH, G.

Psychobiological aspects of " spontaneous " regression
of cancer

J. Am. Acad. Psychoanal. 1974, 1: 303 - 317

3. CHAMBERLAIN, G.

Aetiology of gynaecological cancer

Journal of the Royal Society of Medicine 1981,
74: 246 - 261

4. COLE, P.

Epidemiology of human breast cancer

J. Invest. Dermatol. 1974, 63: 133 - 137

5. CORSALEN, J., GUSBERG, M.D. and S.B.

The background of the cancer of the corpus

Am. J. Obst.& Gynec. 1947, 3: 419 - 431 (Vol. 53)

6. CRAMER, I., BLOHMKE, M., BAHNSON, C.B. u. M.B. u.a.

Psychosoziale Faktoren und Krebs: Untersuchung von
80 Frauen mit einem psychosozialen Fragebogen

Münch. Med. Wochenschrift 1977, 119 (43): 1387 - 1392

7. CRISP, H.H.

Some psychosomatic aspects of neoplasia

British Journal of Medical Psychology 1970, 43: 313 - 331

8. EICHER, W.

Psychosomatische Aspekte in der Gynäkologie

In: TH.v.UEXKÜLL, Lehrbuch der psychosomatischen
medizin

Urban und Schwarzenberg 1981

9. EICHER, W., HERMS, V., u.a.

Soziale, sexuelle und psychosomatische Aspekte beim
Portio-Carcinom

Die Medizinische Welt 1977, 28: 1508 - 1511

10. EICHER, W., HERMS, V., u.a.

Zur Epidemiologie des Mamma-Carcinoms

Fortschritte der Medizin 1979, 38: 1683 - 1687

11. EICHER, W., u.a.

Zur Epidemiologie der Genitalcarcinome

aus: Sexualmedizin in der Praxis

Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart 1980, S. 97 - 99

12. EICHER, W., HERMS, V.

Vergleich von Persönlichkeitsfaktoren und Verhaltens-
mustern an Patientinnen mit Collum-, Corpus- und
Mamma-Carcinom.

Zur Frage psychosozialer Beziehungen in der Karzinogenese.

Vortrag vom 21.-22.3.1981 in Heidelberg

13. ENGEL, G.L.

Is Grief a disease? A challenge for medical research

Psychosom. Med. 1961, 23: 18 - 22

14. GRAHAM, S., SNELL, L., u.a.

Social trauma in the epidemiology of the cancer of the
cervix

J. Chron. Dis. 1971 (Vol.24): 711 - 725

15. GREENE, W.A., IKER, H.P. et al.
Psychosocial factors and immunity: preliminary report
Psychosom. Med. 1978, 40/1: 87
16. GREER, S., MORRIS, T., PETTINGAE, K.W.
Psychological response to breast cancer: Effect on outcome
The Lancet 1979, 8146 II: 785 - 787
17. HERMS, V., EICHER, W., u.a.
Soziale, sexuelle und psychosomatische Aspekte beim
Endometrium-Carcinom
Die Medizinische Welt 1977, 28: 1786 - 1789
18. HOLDEN, C.
Cancer and the mind: How are they connected
Science 1978, 200: 1363 - 1369
19. KOWAL, S.J.
Emotions as a cause of cancer. 18th and 19th century
contributions
Psychoanal. Review 1955, 42: 217 - 227
20. LESHAN, L.L., WORTHINGTON, R.E.
Personality as a factor in the pathogenesis of cancer:
a review of the literature
Brit. J. Med. Psych. 1956, 29: 49 - 56
21. LESHAN, L.L., WORTHINGTON, R.E.
Loss of cathexes as a common psychodynamic characteristic
of cancer patients. An attempt of a clinical hypothesis
Psychol. Reports 1956, 2: 183 - 193
22. LOGAN, W.P.D.
Marriage and childbearing in relation to cancer of
the breast and uterus
Lancet 1953, 2: 1199 - 1206

23. MEERWEIN, F. (Hrsg.)
Einführung in die Psycho-Onkologie
Verlag Hans Huber 1981
24. PEJOVIC, M.H., THUAIRE, M.
Etiologie des cancers du col de l'utérus
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1986, 15: 37 - 43
25. PERRIN, G.M., PIERCE, L.R.
Psychosomatic aspects of cancer: a review
Psychosom. Med. 1959, 5: 397 - 421
26. REZNIKOFF, M.
Psychological factors in breast cancer
Psychosom. Med. 1955, 17: 96 - 108
27. ROGERS, M.P., DUBEY, D., REICH, P.
The influence of the psyche and the brain on immunity
and disease susceptibility: a critical review
Psychosom. Med. 1979, 41: 147 - 164
28. ROSEN, P.P., LESSER, M.L.
Epidemiology of breast carcinoma III - relationships
of family history to tumor type
Cancer 1982, 50: 171 - 179
29. SCHMALE, A.H., IKER, H.P.
The affect of hopelessness and the development of cancer
Psychosom. Med. 1966, 28: 714 - 721
30. SCHMIDT-MATTHIESEN
Lehrbuch der Gynäkologie und Geburtshilfe
F.K. Schattauer Verlag, Stuttgart 1982

31. THOMAS, C.B., DUSZYNSKI, K.R., SHAFER, J.W.

Family attitudes reported in youth as potential predictors of cancer

Psychosom. Med. 1979, 41: 287 - 302

32. WHEELER, J.J., CALDWELL, B.M.

Psychological evaluations of woman with cancer of the breast and of the cervix

Psychosom. Med. 1955, 17: 256 - 268

33. WISCHNIK

Ökologisches Stoffgebiet

Mediscript-Verlag, München 1979 S.154

Lebenslauf

Mein Name ist Gabriele Escheu.

Ich wurde am 17. Juli 1959 als Tochter des Hauptschullehrers Josef Escheu und seiner Frau, der Hausfrau Rita Escheu geb. Schauer in Geisenfeld geboren.

Dort besuchte ich auch die Volksschule.

Nach der 5. Klasse trat ich in das Schyren-Gymnasium Pfaffenhofen/Ilm über. Im Mai 1979 legte ich dort die Reifeprüfung ab.

Das Studium der Humanmedizin begann ich im November 1979 an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Im November 1985 legte ich dort die 3. Ärztliche Prüfung ab und erhielt mit Wirkung vom November 1985 die Approbation als Arzt.

PSYCHOSOMATISCHE STUDIE

W. Eicher, G. Stein, G. Escheu, S. Müller, U. Trenkwalder ;

Patient.Nr.: Interviewdatum :
 Diagnose: Cervix ☐ Therapie: O.P. ☐
 Endometrium ☐ Strahlentherapie ☐
 Ovar ☐ Cytostatica ☐
 Mamma ☐ Hormone ☐

IGO-Stadium:

Personenstand: verheiratet ☐ ledig ☐ geschieden ☐
 Aktuelle Beziehung: intakt ☐ gestört ☐ keine ☐

Interviewer: Escheu ☐ Müller ☐ Trenkwalder ☐

1. Immer wieder traurig, schwermütig,
hoffnungslos oder verzweifelt ?

☐

- (0) keine Angabe
 (1) nein (vor und nach Erkrankung)
 (2) nur nach Erkrankung
 (3) nach Erkrankung stärker als zuvor
 (4) nur vor Erkrankung
 (5) vor und nach Erkrankung gleich

2. Sind Sie ein nervöser Typ.,
innerlich gespannt ?

☐

- (0) keine Angabe
 (1) nein (vor und nach Erkrankung)
 (2) nur nach Erkrankung
 (3) nach Erkrankung stärker als zuvor
 (4) nur vor Erkrankung
 (5) vor und nach Erkrankung gleich

3. War Sexualität in Ihrem Eltern-
haus tabu ?

☐

- (0) keine Angabe
 (1) nein
 (2) ja

4. Häufig unzufrieden ?
Neigung nie genug zuhaben ?

☐

- (0) keine Angabe
 (1) nein (vor und nach Erkrankung)
 (2) nur nach Erkrankung
 (3) nach Erkrankung stärker als zuvor
 (4) nur vor Erkrankung
 (5) vor und nach Erkrankung gleich

5. Ehe der Eltern ?

☐

- (0) keine Angabe
 (1) gut
 (2) schlecht

6. Empfinden Sie häufig Angst ?

☐

- (0) keine Angabe
 (1) nein
 (2) nur nach Erkrankung
 (3) nach Erkrankung stärker als zuvor
 (4) nur vor Erkrankung
 (5) vor und nach Erkrankung gleich

7. Wenn ja , Reaktion ?

☐

- (0) keine Angabe
 (1) Flucht
 (2) Angriff
 (3) Abwarten

Verlust eines Elternteiles durch:

- a) Tod
- b) Scheidung
- c) Dauerhafte Trennung

Trennung von den Eltern durch Internats-, Klinikaufenthalt, Krieg, Arbeitsdienst ?

1. Verlust anderer Bezugspersonen ?

1. Häufig erschöpft, niedergeschlagen, kraftlos, lebensmüde, leblos ?

☐ 16

2. Häufig schlechtes Gewissen, Schuldgefühle, Skrupel ?

☐ 17

3. Krebserkrankungen in der Familie ? welche ?

☐ 18

4. Häufig aufgeregt, gereizt, aggressiv, verärgert ?

☐ 19

5. Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Kreislaufstörungen ?

☐ 20

6. Gefühl überfordert zu sein, etwas nicht zu schaffen, versagt zu haben ? (zwischenmenschl. Bereich, sonstige Aufgaben, als Frau)

☐ 21

7. Verhindern Sie mit Ihrer Kindheit eher das Gefühl von

☐ 22

8. Häufig geweint ?

☐ 23

Alter der Patientin :
(unzutreffend: 99)

Vater ☐ ☐ ⁸
Vater ☐ ☐ ⁹
Vater ☐ ☐ ¹⁰

Mutter ☐ ☐ ☐ ¹¹
Mutter ☐ ☐ ☐ ¹²
Mutter ☐ ☐ ☐ ¹³

Alter : ☐ ☐ ¹⁴

Alter : ☐ ☐ ¹⁵

(0) keine Angabe

(1) nein (vor und nach Erkrankung)

(2) nur nach Erkrankung

(3) nach Erkrankung stärker als zuvor

(4) nur vor Erkrankung

(5) vor und nach Erkrankung gleich

(0) keine Angabe

(1) nein

(2) ja

(0) keine Angabe

(1) nein

(2) ja

(0) keine Angabe

(1) nein (vor und nach Erkrankung)

(2) nur nach Erkrankung

(3) nach Erkrankung stärker als zuvor

(4) nur vor Erkrankung

(5) vor und nach Erkrankung gleich

(0) keine Angabe

(1) keine

(2) nur nach Erkrankung

(3) nach Erkrankung stärker als zuvor

(4) nur vor Erkrankung

(5) vor und nach Erkrankung

(0) keine Angabe

(1) nein (vor und nach Erkrankung)

(2) nur nach Erkrankung

(3) nach Erkrankung stärker als zuvor

(4) nur vor Erkrankung

(5) vor und nach Erkrankung gleich

(1) Geborgenheit, Vertrauen, Unbeschtheit, Zärtlichkeit

(2) Einsamkeit, Angst, Hilflosigkeit, Zurückweisung

(0) keine Angabe

(1) neue

(2) nur nach Erkrankung

(3) nach Erkrankung stärker als zuvor

(4) nur vor Erkrankung

(5) vor und nach Erkrankung gleich

Haben Sie viele Freunde ?

☐ 24

- (0) keine Angabe
- (1) nein (vor und nach Erkrankung)
- (2) nur nach Erkrankung
- (3) nach Erkrankung stärker als zuvor
- (4) nur vor Erkrankung
- (5) vor und nach Erkrankung gleich

Haben Sie kaum, vereinzelt Freunde ?

☐ 25

- (0) keine Angabe
- (1) nein (vor und nach Erkrankung)
- (2) nur nach Erkrankung
- (3) nach Erkrankung weniger als zuvor
- (4) nur vor Erkrankung
- (5) vor und nach Erkrankung gleich

Häufig wechselnder Freundeskreis ?

☐ 26

- (0) keine Angabe
- (1) nein
- (2) ja

Haben Sie sich durch die Therapie in Ihrer Weiblichkeit beeinträchtigt gefühlt ?

☐ 27

- (1) nein
- (2) ja, Gefühl ist aber überwunden
- (3) ja, Gefühl ist aber inzwischen weniger schmerzhaft
- (4) ja, Gefühl unverändert schmerzhaft

Haben Sie sich durch die Therapie in Ihrem Selbstwertgefühl beeinträchtigt gefühlt ?

☐ 28

- (0) keine Angabe

Verhältnis zum Ehemann ?

a) vor Erkrankung ☐ 29

b) nach Erkrankung ☐ 30

- (0) keine Angabe
- (1) herzlich
- (2) distanziert
- (3) schlecht

- (0) keine Angabe
- (1) herzlicher
- (2) distanzierter
- (3) schlechter
- (4) unverändert

Häufig ziellos, antriebslos oder gehemmt ?

☐ 31

- (0) keine Angabe
- (1) nein (vor und nach Erkrankung)
- (2) nur nach Erkrankung
- (3) nach Erkrankung stärker als zuvor
- (4) nur vor Erkrankung
- (5) vor und nach Erkrankung gleich

Verhältnis zu Kindern :

a) vor Erkrankung : ☐ 32

b) nach Erkrankung : ☐ 33

- (0) keine Angabe
- (1) herzlich
- (2) distanziert
- (3) schlecht

- (0) keine Angabe
- (1) herzlicher Distanzierter
- (2) distanzierter
- (3) schlechter
- (4) unverändert

Wird Ihr Leben stärker durch Sie selbst Ihren Willen und Ihre Entscheidungen bestimmt als durch äußere Umstände, andere Leute, Äußere Mächte ?

☐ 34

- (0) keine Angabe
- (1) nein
- (2) ja

3. Fühlen Sie sich stark, robust belastbar ?

☐ 35

- (0) keine Angabe
 (1) nein (vor und nach Erkrankung)
 (2) nur nach Erkrankung
 (3) nach Erkrankung stärker als zuvor
 (4) nur vor Erkrankung
 (5) vor und nach Erkrankung gleich

9. Abgeschlossene Berufsausbildung ?

☐ 36

- (0) keine Angabe
 (1) nein
 (2) ja

3. Beginn der Berufstätigkeit ?

☐ ☐ 37

Alter

- (00) nie berufstätig gewesen
 (0) keine Angabe

1. Unterbrechung der Berufstätigkeit wegen :

- a) Heirat
 b) Kinder
 c) Krankheit
 d) Arbeitslosigkeit
 e) Pensionierung
 f) Sonstiges

☐ 38
☐ 39
☐ 40
☐ 41
☐ 42
☐ 43

- (0) keine Angabe
 (1) nein
 (2) ja, Unterbrechung
 (3) ja, Einschränkung
 (4) ja, Aufgabe

2. Ist/war Ihr Beruf für Sie eine zentrale Lebensaufgabe, etwas was Ihrem Leben Sinn gibt ? (Gefühl gebraucht zu werden, Selbstbestätigung)

☐ 44

- (0) keine Angabe
 (1) nein
 (2) ja

3. Lassen Sie sich bei Entscheidungen von anderen Beratern, bei Problemen von anderen helfen ?

☐ 45

- (0) keine Angabe
 (1) nein
 (2) ja

4. Sind Sie empfindlich, in Ihren Gefühlen leicht verletzbar ?

☐ 46

- (0) keine Angabe
 (1) nein (vor und nach Erkrankung)
 (2) nur nach Erkrankung
 (3) nach Erkrankung stärker als zuvor
 (4) nur vor Erkrankung
 (5) vor und nach Erkrankung gleich

5. Haben Sie zugunsten anderer (Partner, Kinder, Freunde) eigene Wünsche oft zurückgestellt ?

☐ 47

- (0) keine Angabe
 (1) nein
 (2) ja

6. Zukunft ?

☐

- (0) keine Angabe
 (1) Vertrauen
 (2) Angst

7. Fühlen Sie sich oft einsam ?

☐ 48

- (0) keine Angabe
 (1) nein (vor und nach Erkrankung)
 (2) nur nach Erkrankung
 (3) nach Erkrankung stärker als zuvor
 (4) nur vor Erkrankung
 (5) vor und nach Erkrankung gleich

8. Pflegen Sie schnell und sicher zu handeln ?

☐ 49

- (0) keine Angabe
 (1) nein
 (2) ja

7. Überlastung vor Erkrankung durch (1) nein
(2) ja
a) Beruf ☐ ⁵⁰
b) Haushalt ☐ ⁵¹
c) zwischenmenschl. oder soziale Belastung ☐ ⁵²
8. Fühlen Sie sich von anderen geliebt, (0) keine Angabe
akzeptiert, angenommen ? (1) nein
☐ ⁵³ (2) ja
9. Können Sie ausspannen solange noch (0) keine Angabe
Aufgaben zu erledigen sind ? (1) nein
☐ ⁵⁴ (2) ja
10. Fühlen Sie sich manchmal auch in Gegen- (0) keine Angabe
wart von Freunden/ Ihres Partners einsam? (1) nein
☐ ⁵⁵ (2) ja
11. Vermeiden, Aufschieben von Auseinander- (0) keine Angabe
setzungen oder Meinungsverschiedenheiten ? (1) nein
☐ ⁵⁶ (2) ja
12. Haben Sie das Gefühl, daß Ihre Freunde (0) keine Angabe
mehr Ihre Leistung als Sie selbst schätzen? (1) nein
☐ ⁵⁷ (2) ja
13. Neigen Sie dazu sich in Gesellschaft (0) keine Angabe
schweigsam zu verhalten ? (1) nein
☐ ⁵⁸ (2) ja
14. Grübeln Sie viel über Ihre Vergangenheit ? (0) keine Angabe
☐ ⁵⁹ (1) nein
(2) ja
15. Finden Sie sich liebenswert ? ☐ ⁶⁰ (0) keine Angabe
(1) nein
(2) ja
16. Machen Sie gewöhnlich den Anfang, wenn (0) keine Angabe
Sie neue Bekannte gewinnen ? ☐ ⁶¹ (1) nein
(2) ja
17. Wären Sie sehr unglücklich, wenn Sie auf (0) keine Angabe
häufigen geselligen Verkehr verzichten
müßten ? ☐ ⁶² (1) nein
(2) ja
18. Fällt Ihnen schwer selbst in einer unge- (0) keine Angabe
zwungenen Gesellschaft richtig aus sich
heraus zu gehen ? ☐ ⁶³ (1) nein
(2) ja
19. Tun Sie Ihre Arbeit als etwas gewohnheits- (0) keine Angabe
mäßiges, selbstverständliches, nicht beson- (1) nein
ders aufregendes ? ☐ ⁶⁴ (2) ja
20. Übernehmen Sie gerne bei gemeinsamen (0) keine Angabe
Aktionen die Führung ? ☐ ⁶⁵ (1) nein
(2) ja

66. Versuchen Sie trotz Ärger, Aufregung oder Niedergeschlagenheit nach außen heiter und ruhig zu sein ? ☐ 66
67. Denken Sie nach einer kritischen oder oder mißglückten Situation häufig, daß Sie etwas hätten tun oder unterlassen sollen ? ☐ 67
68. Halten Sie sich für liebesfähig, fähig eine emotionale Beziehung aufzubauen ? ☐ 68
69. Fühlen Sie sich häufig von anderen beeinflusst, auf andere angewiesen, von anderen abhängig ? ☐ 69
70. Sind Sie mit dem, was Sie in Ihrem bisherigen Leben erreicht haben, zufrieden ? ☐ 70
71. Sind Sie bei Ihrer Arbeit gründlicher, gewissenhafter als andere ? ☐ 71
72. Haben Sie das Gefühl, daß sich Ihr Leben in vieler Hinsicht nicht gelohnt hat ? ☐ 72
73. SCHWANGERSCHAFTSANAMNESE : Anzahl (Jahr)
- a) Lebendgeburten ☐ 73
- b) Aborte ☐ 74
- c) Interruptiones ☐ 75
- d) Totgeburten ☐ 76
- e) Tod eines Kindes ☐ 77
78. Stillverhalten ? ☐ 78
79. Bei Kinderlosigkeit : ☐ 79
80. Menstruationsanamnese :
- a) Menarchealter ☐ ☐ 80
- b) Menopausealter ☐ ☐ 81
- c) Dysmenorrhoe ☐ 82
- d) Hypermenorrhoe ☐ 83
- e) Oligomenorrhoe ☐ 84
- f) Amenorrhoe ☐ 85
86. Schuldgefühle bei der Selbstbefriedigung ? ☐ 86
87. Selbstbefriedigung bis zu welchem Alter ? ☐ ☐ 87
88. Alter beim ersten GV ? ☐ ☐ 88

(0) keine Angabe

(1) nein

(2) ja

(0) keine Angabe

(1) nein

(2) ja

(0) keine Angabe

(1) nein

(2) ja

(0) keine Angabe

(1) nein

(2) ja

(0) keine Angabe

(1) nein

(2) ja

(0) keine Angabe

(1) nein

(2) ja

(0) keine Angabe

(1) nein

(2) ja

Anzahl (Jahr)

(0) keine Angabe

(1) nicht gestillt

(2) gestillt

(0) keine Angabe

(1) Kinderwunsch

(2) Sterilität d. Patientin

(3) Sterilität d. Partners

(4) kein Kinderwunsch

(0) keine Angabe

(1) nein

(2) ja

(0) keine Angabe

(1) nein

(2) ja

(0) keine Angabe

(00) noch kein GV

57. Wieviele Partner hatten Sie in Ihrem Leben ? ☐ ☐ 88
58. Unerwartete Schwangerschaften ☐ 89
59. Schwangerschaften Anlass zur Heirat ? ☐ 90
60. Welche Kontrazeptionsmethoden wurden praktiziert ?
- a) Kondom ☐ 91
 - b) Coitus interruptus ☐ 92
 - c) Ovulationshemmer ☐ 93
 - d) IUP ☐ 94
 - e) Sterilisation ☐ 95
 - f) natürliche Methoden ☐ 96
61. Sexuelles Interesse :
- a) vor Erkrankung ☐ 97
 - b) während Behandlung ☐ 98
 - c) nach Behandlung ☐ 99
62. Erlebten Sie den Orgasmus
- a) vor Erkrankung ☐ 100
 - b) nach Abschluß der Primärtherapie ☐ 101
63. Kohabitationsfrequenz : (1/ Monat)
- a) vor Erkrankung ☐ ☐ 102
 - b) nach Behandlung ☐ ☐ 103
64. Befriedigung durch den GV :
- a) vor Erkrankung ☐ 104
 - b) während Behandlung ☐ 105
 - c) nach Behandlung ☐ 106
65. Änderung der bevorzugten, gewohnheitsmäßigen Positionen nach Behandlung ? ☐ 107
66. Bedeutung der Brust im Liebesspiel ?
- a) vor Erkrankung ☐ 108
 - b) während der Behandlung ☐ 109
 - c) nach Behandlung ☐ 110
67. Sexuelle Schwierigkeiten :
- a) Gefühlskälte ☐ 111
 - b) Kohabitationsschmerz ☐ 112
- (0) keine Angabe
(00) keine Partner
- (1) nein
(2) ja, ohne Kontrazeption
(3) ja, mit Kontrazeption (welche?)
- (0) keine Angabe
(1) nein
(2) ja
- (0) keine Angabe
(1) normal
(2) schwach
(3) keines
(4) Abneigung gegen GV
- (0) keine Angabe
(1) regelmässig
(2) häufig
(3) selten
(4) nie
- (0) keine Angabe
(00) keine Kohabitation mehr
- (0) keine Angabe
(1) immer
(2) häufig
(3) selten
(4) nie
- (0) keine Angabe
(1) nein
(2) ja
- (0) keine Angabe
(1) keine Stimulation
(2) manuelle Stimulation
(3) orale Stimulation
(4) manuelle u. orale Stimulation
- (0) keine Angabe
(1) nein (vor und nach Erkrankung)
(2) nur nach Erkrankung
(3) nach Erkrankung stärker als zuvor
(4) nur vor Erkrankung
(5) vor und nach Erkrankung gleich

8. Ausmaß, in dem Bereich seit Erkrankung eingeschränkt ? ☐ 113

Wenn ja, Wunsch oder Hoffnung
frühere Aufgaben ganz oder teilweise
wieder zu übernehmen ? ☐ 114

- (0) keine Angabe
- (1) nein
- (2) ja

9. Seit der Behandlung/ Erkrankung :

- a) körperlich wiederhergestellt ? ☐ 115
- b) unsicher im Umgang mit Menschen ? ☐
- c) Gefühl körperlicher Unvollkommenheit ? ☐ 116
- d) Angstzustände, depressive Verstimmung ? ☐ 117

- (0) keine Angabe
- (1) nein
- (2) ja
- (3) schon immer, schon länger

10. Mamma-CA : Wunsch nach Augmentationsplastik ?

Warum ?

☐ 118

- (0) keine Angabe
- (1) nein
- (2) ja

atientin war willig und fähig alle Fragen zu beantworten

.....
Interviewer

